

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor
L'addiction de l'infirmière
Revue de la littérature

Réalisé par : Lara Trachsel

Promotion : Bachelor 15

Sous la direction de : Aziz Salamat

Lieu et date : Sion, le 11 juillet 2018

1. Résumé

Contexte : l'abus de substances psychoactives est un problème connu depuis le siècle dernier. Selon les études effectuées sur le sujet, la prévalence de cette consommation excessive de substances serait égale à celle de la population en général. Cependant, les infirmières souffrant du problème représentent un danger tant pour la sécurité des patients que pour leur propre sécurité. Aux Etats-Unis, deux approches sont mises en évidence. La première consiste en des sanctions disciplinaires (licenciement, jugement). La deuxième comprend l'insertion dans un programme d'aide visant à la guérison ainsi qu'à la réinsertion professionnelle des infirmières concernées.

But : cette revue de la littérature a pour objectif de rechercher, dans un premier temps, les facteurs de risques reliés à l'adoption d'un comportement addictif. Puis, elle apportera des pistes d'amélioration pour une prise en charge efficace d'un professionnel de la santé souffrant d'une telle dépendance.

Méthode : la recherche des articles nécessaires à l'élaboration de ce travail s'est effectuée du mois de février 2017 au mois de mars 2018 sur les bases de données suivantes : CINAHL Complete, Pubmed, OVID et Cochrane Library. Les critères d'inclusion sont les articles en français ou en anglais parus après 2012. Les études devaient être de source primaire et répondre à la question de recherche.

Résultats : les résultats des six études fournissent un aperçu de la complexité de la toxicomanie. La prévalence d'une dépendance à une substance est égale à la population générale. Les différentes mesures présentées par les programmes de suivi permettent, en outre, de favoriser une réduction des risques pour les infirmières. Une approche non punitive soigne 75% de cas en plus qu'un recours à des sanctions disciplinaires.

Conclusion : une meilleure formation des ICUS et des employés, la confidentialité et une approche non punitive sont essentielles à une guérison ainsi qu'à la réduction des risques que présentent les infirmières et les patients.

Mots-clés : abus de substances ; infirmière ; stress ; programme d'aide

2. Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements les plus chaleureux aux personnes suivantes qui m'ont permis de mener à bien mon travail :

- Mon directeur de travail de Bachelor, Monsieur Aziz Salamat, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de l'année.
- Aux différents lecteurs qui m'ont accordé du temps et apporté de bons conseils.
- Mes proches qui m'ont soutenu durant la rédaction

3. Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0. »

Table des matières

1.	Résumé	2
2.	Remerciements	3
3.	Déclaration	4
4.	Introduction	1
4.1	Problématique	1
4.2	La question de recherche	6
4.3	But de la recherche	6
5.	Cadre théorique.....	6
5.1	Le rôle infirmier	6
5.2	Les facteurs de risque de développer une dépendance.....	7
5.2.1	Le stress	7
5.2.2	Les catégories de risques liés au stress	8
5.2.3	Les horaires irréguliers	9
5.2.4	La charge de travail.....	10
5.2.5	L'accessibilité au produit	11
5.3	La dépendance	11
5.4	La prévention.....	13
5.4.1	La prévention du stress lié au travail consistant à le réduire par :.....	14
5.4.2	La prévention de la consommation de substances	14
5.5	L'éthique	16
6.	Méthode	17
6.1	Devis de recherche	17
6.2	Collecte de données	17
6.3	Sélection des données	18
6.4	Analyse des données.....	18
6.5	Considérations éthiques.....	19
7.	Tableau des études	20
8.	Résultats.....	21
8.1	Etude I :.....	21
8.1.1	Description de l'étude.....	21
8.1.2	Validité méthodologique.....	22
8.1.3	Pertinence clinique	23
8.2	Etude II.....	23
8.2.1	Description de l'étude.....	23
8.2.2	Validité méthodologique.....	24
8.2.3	Pertinence clinique	25

8.3	Etude III	25
8.3.1	Description de l'étude	25
8.3.2	Validité méthodologique	26
8.3.3	Pertinence clinique	27
8.4	Etude IV	28
8.4.1	Description de l'étude	28
8.4.2	Validité méthodologique	29
8.4.3	Pertinence clinique	30
8.5	Etude V	30
8.5.1	Description de l'étude	30
8.5.2	Validité méthodologique	31
8.5.3	Pertinence clinique	31
8.6	Etude VI	32
8.6.1	Description de l'étude	32
8.6.2	Validité méthodologique	32
8.6.3	Pertinence clinique	33
9.	Synthèse des résultats	34
10.	Discussion	35
10.1	Discussion des résultats	35
10.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	37
10.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	38
11.	Conclusion	39
11.1	Proposition pour la pratique	39
11.2	Propositions pour la formation	40
11.3	Propositions pour la recherche	40
12.	Bibliographie	42
12.1	Etudes retenues	42
12.2	Sources secondaires	42
13.	Glossaire	47
13.1	Glossaire méthodologique	47
13.2	Glossaire technique	49
14.	Tableau de recension de l'étude I	51
15.	Tableau de recension de l'étude II	52
16.	Tableau de recension de l'étude III	53
17.	Tableau de recension IV	54
18.	Tableau de recension de l'étude V	55

4. Introduction

Le présent travail de Bachelor porte sur les conduites addictives chez les infirmières. Ce terme sera écrit au féminin au vu de la représentativité féminine plus importante dans ce domaine. Il s'agit d'une revue de la littérature comprenant les facteurs de risques ainsi que les moyens de déceler un comportement inapproprié en lien avec une consommation excessive de substances.

Une substance psychoactive (SPA) ou psychotrope est un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques, physiologiques et cérébraux. En modifiant les fonctions cérébrales, une SPA peut conduire à un changement de perceptions, de l'humeur, de la conscience, de sensations ou d'autres fonctions psychologiques (Chauvet & al., 2015, p.6).

Les substances psychoactives peuvent se distinguer en trois catégories selon leurs effets pharmacologiques :

- Les stimulants qui produisent une accélération des processus normaux de l'organisme (caféine, cocaïne, amphétamines, tabac, boissons énergisantes...).
- Les perturbateurs ou hallucinogènes qui touchent le jugement et la perception (cannabis, LSD...).
- Les dépresseurs qui entraînent une sensation de détente (alcool, benzodiazépines, héroïne...) (Chauvet & al., 2015, p.6).

Selon Morel (2010), la dangerosité de ces drogues diverge selon le type de substances consommées, mais touche toujours trois catégories : la toxicité, des perturbations psychiques et la dépendance.

4.1 Problématique

D'après une étude effectuée par Church (1985), le problème d'une consommation excessive de substances psychoactives chez les infirmières est une problématique vieille de 150 ans. Le phénomène pris de l'ampleur lorsque le Fentanyl fût introduit dans les milieux de soins au cours des années 70, les professionnels de la santé s'en servaient pour leur propre consommation, augmentant par conséquent le nombre d'overdose et de cas d'addiction (Wright & al., 2012).

Durant de nombreuses années, les infirmières concernées se trouvaient privées de leur travail au lieu de se faire proposer de l'aide. Beaucoup d'hôpitaux n'offraient pas de services

d'aide avant les années 80, années où, aux Etats-Unis, la loi autorisa des options de traitement pour les professionnels de la santé ainsi que la création d'associations transmettant des informations et de l'enseignement sur les comportements addictifs (Wright & al., 2012).

Depuis la découverte du problème jusqu'à aujourd'hui, les chiffres des différents écrits correspondant au nombre d'infirmières concernées divergent. La cause vient du fait de la limitation du sondage dû à la peur des conséquences professionnelles ainsi que du déni (West, 2002, p.188). L'association américaine des infirmières estime que 10% à 20% des infirmières souffrent d'une consommation abusive de substances et que 6% à 8% constituent un danger pour les patients (Talbert, 2009). En Suisse, le rapport annuel de l'Association Suisse des infirmières et infirmiers du canton de Vaud (ASI-VD, 2012, p.8) stipule que le problème se retrouve année après année mais aucun chiffre n'est toutefois mentionné.

Cette consommation peut être un moyen de « coping » au stress mais peut également être source de dopage. Actuellement, ce terme est souvent associé aux pratiques sportives dont le but est d'optimiser ses performances physiques grâce à la consommation d'une ou de plusieurs substances (Hache, 2003). Cependant, il existe une autre forme de dopage dans le monde professionnel appelé « neuro-enhancement » ou « Brainboosting » traduit en français par « dopage cérébral ». Tout comme dans les épreuves sportives, l'objectif est de produire un effet stimulateur sur l'état cérébral, comme l'augmentation de la vigilance ainsi qu'une concentration et mémoire accrues. Une consommation de substances peut faciliter la maîtrise des facteurs de stress tels que la nervosité ou les douleurs physiques (Hache, 2003).

Dans le monde professionnel, la consommation de substances peut affecter autant une personne saine qui souhaite induire artificiellement des performances élevées qu'une personne stressée, ou souffrant de problèmes de santé, qui souhaite surmonter une situation difficile avec plus d'aisance. Cette consommation à risque pour la santé peut donc également se définir comme étant une stratégie de gestion du stress (Hache, 2003).

Selon une étude du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO, 2011), 32% des suisses professionnellement actifs (n= 325 sur N = 100%) indiquent avoir ingéré, au cours des douze derniers mois, des médicaments ou d'autres substances pour une ou plusieurs raisons en relation avec leur travail. Ainsi, 23% des sondés affirment avoir consommé des psychotropes afin de soulager leurs douleurs (n = 252 sur N = 1005) et 10% pour pouvoir dormir ou déconnecter après le travail (n = 106 sur N = 1005). En outre, 4% ont signalé avoir

consommé une substance dans le but d'améliorer leurs performances physiques, 4% affirment avoir ingéré des médicaments ou d'autres substances dans le but d'améliorer leurs performances intellectuelles ou leur humeur. De plus, 8% des interrogés ont communiqué qu'ils consommaient de l'alcool pendant leurs heures de travail.

Ces diverses consommations se produisent, pour la moitié des sondés ($n = 160$ sur $N = 323$), moins de trois fois au cours des douze derniers mois. 24% des interrogés reconnaissent avoir consommé plus de trois fois et les 23% restants avouent consommer plus régulièrement (SECO, 2011).

Alors que les études effectuées indiquent que la prévalence d'une consommation de substances chez les infirmières est égale au reste de la population, les infirmières sont particulièrement à risque. En effet, leur accessibilité aux psychotropes est facilitée (Maher-Brisen, 2007), elles sont sujettes à de nombreuses douleurs physiques et subissent un environnement de travail stressant avec des horaires irréguliers (Dunn, 2005).

Mais alors, quelles en sont les conséquences dans la pratique ? Les croyances et les postulats décrits dans l'édition 2010 de « Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière » stipulent que :

- L'infirmière aspire à la santé, au bien-être et à une bonne qualité de vie.
- Elle est responsable envers le client des soins qu'elle lui donne, ce qui signifie qu'elle doit répondre de la qualité des soins qu'elle lui prodigue.
- La pratique des soins infirmiers relève autant de l'art que de la science, et elle est vécue comme un travail unique et créateur. L'engagement professionnel est d'abord individuel, et les diverses activités qui en découlent contribuent à définir une identité professionnelle (Lévesque-Barbès, 2012).

Les points mentionnés ci-dessus indiquent l'investissement personnel que l'infirmière doit déployer afin d'assurer une bonne qualité des soins. S'ajoute à cela un point essentiel : dans notre société actuelle, on demande de faire toujours plus de tâches avec moins de ressources, ceci afin d'optimiser le rendement d'une entreprise. L'étude effectuée par le SECO (2011) compare ses résultats avec les chiffres de l'année 2000, et démontre qu'il existe une corrélation positive entre la perception du stress et un symptôme d'épuisement professionnel ($r = .47$), l'insatisfaction relative aux conditions de travail ($r = -.31$) ainsi qu'une baisse de l'état général de santé ($r = -.18$) souvent relié à des problèmes physiques, comme des dorsalgies ou des maladies cardiovasculaires ($r = .41$).

Selon l'Observatoire suisse de la santé (2014), les « burn-out » ou les intentions de démissionner ont une proportion de 28% en Suisse. Les infirmières interrogées ont fait état d'une grande fatigue psychique.

Un article publié dans « Le Temps » stipule que le problème de pénurie des infirmières est identifié depuis une quinzaine d'années en Suisse. A cela s'ajoute une faible durée moyenne de vie professionnelle : entre 13 et 15 ans en Suisse, selon des estimations empiriques. Les raisons de cette baisse d'effectif relèvent des conditions de travail difficiles, des horaires lourds et difficilement compatibles avec une vie familiale ainsi que d'une rémunération peu attrayante (Le Temps, 2014).

Le problème du stress chez les infirmières est également présent en France voisine. En effet, une enquête effectuée en 2012 auprès de 910 professionnels de la santé définit les sources de stress par catégorie de métier. Les infirmières de l'hôpital public en France arrivent en tête avec 36% des interrogés qui déclarent être stressés avec une moyenne de 7,1/10. Comme en Suisse, les enquêteurs précisent que les principales thématiques qui ressortent des réponses ouvertes sur les facteurs de stress sont : le défaut de reconnaissance du métier, le manque de personnel ainsi que la violence de certains patients (Staff Santé, 2013).

La dépendance à l'alcool ou d'autres drogues est un problème complexe et tient compte de facteurs psychologiques, physiques et sociaux. Le stress aigu ou chronique est un facteur déterminant dans le domaine des abus de substances. En effet, une des stratégies de coping suggère qu'une utilisation de SPA réduirait les affects négatifs et favoriserait les affects positifs. Cette stratégie est certes efficace mais inadaptée au vu des effets néfastes pour la santé ainsi que pour l'entourage (Sinha, 2001). Ce type d'hypothèse indique que l'envie d'améliorer l'humeur est plus importante lors d'états de stress aigus ou chroniques. Une substance peut être prise au départ pour réduire une tension grâce aux neurotransmetteurs qu'elle libère. Elle peut par la suite devenir une réponse généralisée permettant de soulager le stress et d'accroître les effets euphorisants (Sinha, 2001).

Il arrive dans certains cas que la consommation de substances ne consiste pas seulement en la recherche d'un effet souhaité. Elle peut également être la conséquence du développement d'une addiction suite à un traitement médicamenteux dont la dose ou la durée n'aurait pas été respectée. Voici un extrait d'un témoignage tiré d'un article trouvé sur l'institut « US National Library of Medicine National Institute of Health » :

Tout a commencé avec un Percocet (Opioïde utilisé aux USA) il y a quatre ans. Je travaillais dans un service d'urgences en Philadelphie et me suis exposée à un cas de méningite. J'ai décidé de consulter et les résultats de la ponction lombaire étaient négatifs. Cependant, je souffrais de céphalées dues à la ponction et reçu une prescription de Percocet. Après deux semaines de traitement, mes céphalées avaient disparues et je suis retournée travailler aux urgences mais j'ai également continué à prendre mes cachets. Quand je les prenais, je sentais que tout allait bien dans ce monde, que j'étais capable de fonctionner au plus haut niveau et que j'avais plus d'énergie et de motivation. [...] Plus tard, je commençais à me sentir fatiguée et n'étais plus capable d'exercer comme il faut. Ayant un accès facile aux opioïdes j'établissais des plans en divisant les doses pour mes patients afin qu'il me reste une partie du médicament pour ma propre consommation. [...] Le manager m'a convoquée et m'a demandé si j'avais besoin d'aide. N'admettant pas le fait que je consommais, je me suis faite licenciée sur le champ et fut inscrite sur une liste noire (J Med Toxicol, 2012, traduction libre).

Ce problème est généralement plus présent aux Etats-Unis car la prescription d'opioïde y a décuplé depuis 2004. En Suisse, les dernières données du Monitoring suisse des addictions stipulent que la consommation d'héroïne et d'opioïdes non prescrits serait en baisse (Zobel et Broers, 2015).

Comme affirmé dans le témoignage précédent, il arrive que des infirmières volent des opiacés dans la pharmacie du service en utilisant des stratégies telles que le remplacement d'une ampoule contenant le médicament avec de l'eau stérile ou la réduction des doses administrées aux patients pour bénéficier du reste. Des cas de fausses informations inscrites sur les dossiers avec des noms fictifs de clients ont également été enregistrés (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2006).

Pour conclure, la consommation de substances intoxicantes constitue un problème grave qui met en danger non seulement la sécurité et la santé des patients, mais également celle des infirmières en détériorant leur état physique et psychique (Taylor, 2003).

4.2 La question de recherche

La question de recherche décrit la problématique explicitée ci-dessus, et est formulée selon l'acronyme PICO (Population, Intervention, Comparaison et Outcome).

P : les infirmières

I : développement d'une addiction

C : la population moyenne

O : réduire les risques

« Quels sont les facteurs de risques ainsi que les moyens de déceler un comportement inapproprié de l'infirmière en lien avec une consommation excessive de substances ? »

4.3 But de la recherche

Le but de cette recherche est, dans un premier temps, d'identifier les facteurs de risques reliés à l'adoption d'un comportement additif. Elle apportera ensuite des pistes d'amélioration pour une prise en charge efficace d'un professionnel de la santé souffrant d'une dépendance.

5. Cadre théorique

5.1 Le rôle infirmier

Les articles du Code de la Santé Publique (CSD, 2008) stipulent que « l'infirmier ou l'infirmière a la compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il/elle juge nécessaires et identifie les besoins de la personne. Elle pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Elle peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il/elle est chargé(e) de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Les soins et surveillances d'un patient demandent à l'être humain une énergie non seulement physique mais également psychique. Dans les services hospitaliers par exemple, les journées des infirmières commencent généralement à 7 heures par un rapport de l'équipe de nuit, puis par la mesure des paramètres de chaque patient (tension artérielle, pouls, température, glycémie, transit...). Elle effectue les prélèvements sanguins et administre les traitements en évaluant la clinique du patient. Vient ensuite le colloque avec l'équipe interdisciplinaire (médecin, physiothérapeute, diététicien...). L'infirmière poursuit ses activités quotidiennes par des toilettes, réfection de pansements, pose de perfusions, préparation des patients pour leurs examens. (Coucq, 2013)

5.2 Les facteurs de risque de développer une dépendance

L'abus de substances est la conséquence de facteurs multidimensionnels et multifactoriels. En effet, d'origine biopsychosociale, la consommation de SPA de manière abusive provient de problèmes biologiques, comportementaux et environnementaux agissant en interaction sur la famille, les individus et les communautés (Fleury et Grenier, 2012)

Sur le plan individuel, les facteurs de risque prédisposants comprennent des antécédents familiaux de toxicomanie, un tempérament difficile durant l'enfance, des comportements antisociaux ou agressifs, le fait d'avoir subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle, l'exposition au stress au cours de la vie et l'initiation précoce à la consommation de substances (Chauvet & al., p.29).

Le modèle bio-psycho-social des causes de l'addiction selon Sting & Blum (2003) tient compte d'un faisceau complexe des facteurs suivants pouvant mener à une addiction :

Substance : disponibilité, accessibilité / type et mode d'action / dose / durée et intensité de l'effet

Personne : prédisposition génétique / facteurs liés à la personnalité / facteurs biomédicaux ou état physique / situation dans la petite enfance / attitude et style de vie

Entourage social : problème d'addiction dans la famille / situation familiale fragile / facteurs liés à la personnalité / surcharge au travail / problèmes de couple / expériences de vie difficiles

Société : compétitivité extrême / manque de perspective d'avenir et d'alternatives / attitude face à la consommation / valeurs et modes de vie / socialisation spécifique au genre

Dans le domaine des soins infirmiers, il existe des facteurs de risques précipitant décrits dans les points suivants :

5.2.1 Le stress

Selon l'OMS (2004), le stress lié au travail correspond aux réactions que les professionnels peuvent développer lorsqu'ils doivent répondre à des exigences ne correspondant pas à leur savoir-faire et/ou subissent trop de pression. Comme mentionné dans la problématique, le stress au travail est difficilement inévitable de nos jours où les exigences professionnelles ne cessent d'augmenter. Alors que cette pression peut être perçue comme un moyen d'améliorer sa motivation et son dynamisme, elle est souvent excessive et conduit donc au stress. Celui-ci peut, à terme, conduire à l'atteinte de la santé de l'employé (Organisation Mondiale de la Santé, 2004).

En Suisse, le coût lié à l'épuisement professionnel est estimé à 5,7 milliards de francs selon l'étude publiée par le Job Stress Index (2014). Ce chiffre correspond uniquement aux coûts engendrés par l'absentéisme ainsi qu'à la perte de productivité.

Plusieurs études s'accordent sur le fait que l'emploi d'infirmière est un travail stressant notamment à cause d'une charge de travail trop élevée en comparaison des ressources disponibles, une charge physique et psychique élevée et une mauvaise reconnaissance du métier. (Cadiz & al., 2015).

5.2.2 Les catégories de risques liés au stress

L'OMS (2004) décrit neuf catégories de risques liés au stress :

- Nature des tâches : monotones, peu stimulantes, manque de variété, tâches répugnantes ou déplaisantes.
- Charge de travail, rythme et cadence : avoir trop ou trop peu à faire, horaires irréguliers.
- Horaires de travail : stricts immuables, trop longs et incompatibles avec la vie sociale, imprévisibles, système de rotation mal conçus.
- Participation et contrôle : manque de participation à la prise de décision, absence de contrôle des méthodes, cadences et horaires.
- Progression de carrière, statut et salaire : systèmes d'évaluation des performances peu clairs ou inéquitable, manque de perspectives de promotion.
- Rôle au sein de l'organisation/l'entreprise : obligation d'assumer des responsabilités pour autrui, obligation de s'occuper en permanence d'autres personnes et de leurs problèmes.
- Relations interpersonnelles : supervision inadéquate et manque de considération, mauvaises relations avec les collègues, harcèlement et violences.
- Culture d'entreprise : mauvaise communication, mauvaise direction.
- Liens entre vie professionnelle et privée : conflits entre les exigences du travail et celles de la vie privée, manque d'appui à la maison pour les problèmes rencontrés au travail ou de reconnaissance des problèmes privés au travail (OMS, 2004).

Le stress subi au travail a un effet délétère sur l'employé qui peut développer un comportement inhabituel et contre-productif au travail. La santé physique et mentale en est par la suite dégradée et peut, dans les cas les plus extrêmes, déboucher sur des problèmes psychologiques, voire des troubles psychiatriques. Certaines personnes voient alors le besoin

de se réfugier dans des comportements néfastes tel que l'abus de substances (tabac, alcool ou drogues) afin de compenser l'état de stress au travail. A cela s'ajoute un effet négatif sur le système immunitaire qui s'en trouve diminué et amène l'individu à souffrir plus facilement d'infections. (OMS, 2004)

5.2.3 Les horaires irréguliers

La quasi-totalité du personnel soignant effectue des horaires bien différents de la majorité de la population. Tout d'abord, la plupart des services hospitaliers ont instauré des horaires de 12 heures allant généralement de 7h00 à 19h30, pause non comprise. Un entretien a été mené par « La Voix des Syndicats » auprès de trois infirmières travaillant avec ces horaires depuis plus d'un an. En voici un extrait : « Je suis tellement fatiguée qu'il m'est impossible de prévoir, je pense juste à me reposer, je deviens irritable et ma vie familiale s'en ressent ». Une autre témoigne : « On accumule la fatigue, elle est de plus en plus grande, je n'arrive pas à récupérer, je dors mal, et j'essaie au maximum de rester professionnelle mais jusqu'à quand ? » (FO santé, 2012).

Ces horaires de 12 heures constituent un problème pour celles et ceux qui se disent épuisés mais également pour les personnes ayant une famille avec des enfants en bas âge. En effet, ils ne désirent généralement pas effectuer des horaires de nuit, de soirée ou de week-end afin d'être plus présents pour leur famille. Ces horaires étant inévitables dans le milieu hospitalier, beaucoup d'infirmières demandent à effectuer des horaires dits en « bloc » de 12 heures sur 4 jours. Le CHUV essaie actuellement le partage d'un poste par la création de temps partiels mais indique que cela n'améliorerait pas la qualité de vie des infirmières. Le Conseil d'Etat affirme qu'une augmentation des places de garderie réglerait une partie du problème (Rapport de la Commission Thématique de la Santé publique, 2017).

De plus, plusieurs fois par mois, l'infirmière est confrontée à un changement drastique de son rythme circadien en effectuant des horaires de nuit. Ceux-ci sont souvent mal vécus par les professionnels de la santé qui se plaignent alors de difficultés d'endormissement la journée, de modifications alimentaires ainsi que des maladies du système cardio-vasculaire (IARC, 2010). Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CICR) a effectué une étude sur les infirmières ainsi que sur les hôtesses de l'air et a conclu que « le travail par poste qui comporte une perturbation des rythmes circadiens est probablement cancérigène pour l'humain ». Les résultats de cette étude démontrent que l'exposition à la lumière durant la nuit altérerait le cycle veille-sommeil et ainsi interromprait la production de mélatonine ainsi qu'un dérèglement des gènes contribuant au développement des tumeurs (IARC, 2010).

Ces recherches démontrent que non seulement les horaires de nuits et/ou irréguliers ont un effet négatif sur la santé physiologique, mais également sur la santé psychique. Les employés qui travaillent en rotation indiquent que leur profession leur impose de nombreuses contraintes au détriment de leur vie sociale. Le fait de ne pas avoir de régularité empêche la planification des responsabilités familiales ainsi que des loisirs et activités sportives (Centre Canadien d'hygiène et de sécurité du travail, 2017).

Un entretien mené avec un représentant d'Addiction Valais (S. Ruf. Communication personnelle, 20 décembre 2017) décrit le chemin entre cette perturbation du rythme de vie avec la dépendance. Selon l'intervenant, l'être humain a besoin de repères afin de constituer une journée. L'importance de l'heure du lever, du repas et du coucher est cruciale afin d'établir des rituels. Une perturbation de ces habitudes entraîne de l'anxiété et peut mener à une addiction.

5.2.4 La charge de travail

Un côté souvent méconnu du grand public est celui des tâches administratives. En effet, afin d'assurer un suivi des soins effectués, l'infirmière se doit de remplir de nombreux documents administratifs qui demandent souvent du temps et de la concentration (Acker, 2005). La quasi-totalité des gestes effectués doit être retranscrit sur ordinateur ou papier afin d'assurer, non seulement la sécurité du patient mais également celle de l'infirmière. Il est entendu par cela, qu'une surveillance, l'administration d'un médicament ou encore un soin non noté est considéré comme non effectué et peut alors, en cas de complication, se retourner contre l'infirmière. De plus, un déploiement des activités de management et de gestion du temps de travail est mis en place afin d'évaluer le temps imparti pour chaque tâche effectuée, augmentant les pressions sur le temps de travail (Acker, 2005, p. 328)

Un rapport de la commission thématique de la Santé Publique (2017), dans le canton de Vaud, chargé d'examiner la reconnaissance et conditions cadres pour les infirmières et infirmiers confirme que les tâches administratives ont pris de l'ampleur. Il affirme cependant qu'elles font partie intégrante du métier et qu'elles permettent de maintenir un bon niveau de sécurité dont les exigences sont en constante augmentation. Les systèmes informatisés demandent du temps avant de se sentir confortable avec leur utilisation. En outre, la transmission des informations est essentielle afin d'assurer une continuité de la prise en charge, notamment lors d'un changement d'équipe. La Commission d'examen des plaintes des patients du canton de Vaud (COP) relève que de nombreux problèmes graves sont liés à de mauvaises transmissions orales et écrites (Venizelos, 2017).

De plus, le flux incessant de patients entrants et sortants du service augmente considérablement la charge de travail car les dossiers se présentent sous différentes formes selon les établissements (Acker, 2005, p. 328).

5.2.5 L'accessibilité au produit

Les infirmières ont souvent accès aux stupéfiants et sont habiles dans l'auto-administration, ce qui les rend plus vulnérables face au développement d'un comportement addictif. Ce sont les médecins qui prescrivent les stupéfiants mais ce sont les infirmières qui effectuent leur commande et leur distribution. Une recherche effectuée aux Etats-Unis confirme qu'elles consomment principalement sur leur lieu de travail (Trinkoff & al., 1999). Les drogues les plus souvent citées dans la littérature sont les opiacés dont les pouvoirs addictifs sont puissants (Scholze & al., 2017).

5.3 La dépendance

La dépendance est définie selon le CIM-10 (OMS, 1993) comme étant un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.

Selon l'OMS (2017), le terme générique de dépendance se rapporte à des éléments aussi bien physiques que psychologiques. La notion de dépendance psychologique fait référence à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives, tandis que la dépendance physiologique ou physique concerne la tolérance et les symptômes de sevrage.

Cette envie subite de consommer des produits psychoactifs tels que l'alcool, le tabac, le cannabis ou autres drogues n'apparaît pas du jour au lendemain. En effet, elle dépend de la fréquence d'utilisation ainsi que de la substance même mais quoi qu'il en soit, c'est avant tout un diagnostic médical.

Afin de déceler le problème, il est important d'en connaître les signes donnés par le CIM-10:

- Un désir puissant à utiliser une substance psychoactive
- Une perte de maîtrise de la consommation
- L'augmentation de la consommation (développement d'une tolérance). Le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Des symptômes de manque en cas de réduction de la consommation ou de sevrage
- Le fait de négliger ses autres intérêts et d'augmenter le temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- La poursuite de la consommation malgré les conséquences néfastes.

Afin d'établir le diagnostic de dépendance, au moins trois des manifestations décrites ci-dessus doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année (OMS, 2017).

5.3.1 Mécanisme de la dépendance

Les substances psychoactives agissent sur une partie spécifique du système limbique², appelé également système de récompense. Elles ont la propriété d'activer une partie centrale du cerveau appelée aire tegmentale ventrale² (ATV). Chez une personne en bonne santé, le système de récompense² renforce les comportements importants qui sont essentiels à la survie. Il s'assure par exemple que l'on recherche de la nourriture lorsque l'on a faim et fait en sorte de la rendre agréable afin de nous inciter à manger à nouveau (Axess, 2009). Les principaux circuits de la récompense impliquent la transmission de neurotransmetteurs dont l'un des plus importants est la dopamine². La plupart des drogues augmente le niveau de dopamine dans les synapses du circuit de la récompense. Des expositions répétées à ces hauts niveaux désensibilisent ce système et celui-ci ne répond plus aux stimuli quotidiens. La seule gratification vient alors de la drogue. Se met ensuite en place un système appelé la tolérance qui apparaît lorsque la personne doit augmenter la dose de drogue ingérée afin d'obtenir l'effet valorisant (Axess, 2009).

Selon Addiction Suisse (S. Ruf. Communication personnelle, 20 décembre 2017), la dépendance diffère du produit consommé. En effet, les risques varient selon le produit mais aussi selon la personne, son mode de consommation et la raison qui la pousse à user d'un produit.

Une question se pose alors : à partir de quelle quantité peut-on affirmer trop consommer ? Il existe des normes OMS (2011) pour la consommation d'alcool qui définissent les seuils. Sachant qu'un verre correspond à 10 grammes d'alcool pur : pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (trois verres par jour en moyenne), pas plus de 14 chez la femme (deux verres en moyenne par jour). Une personne qui boit de manière occasionnelle devrait en rester à quatre chez les femmes, voire cinq chez les hommes.

Ces normes sont sournoises car elles ne prennent pas en compte l'environnement psychosocial comme les comportements que la personne adopte quand elle boit ou les périodes d'abstinence qu'elle se fixe (S. Ruf. Communication personnelle, 20 décembre 2017).

Pour toutes les substances psychoactives autres que l'alcool, l'estimation est plus difficile à faire car toutes n'ont pas les mêmes caractéristiques (OMS, 2011).

5.4 La prévention

Selon l'OMS (2011) : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Il en existe trois types :

- La prévention primaire consiste à diminuer l'incidence d'une maladie en réduisant les risques de son apparition. Les interventions consistent à informer la population sur les facteurs de risques tels que la consommation de tabac, d'alcool et autres substances. Elles préconisent une bonne hygiène de vie en encourageant la pratique d'activité physique régulière, une bonne alimentation ou la réduction du stress environnant.
- La prévention secondaire consiste à diminuer la prévalence d'une pathologie. Les actions sont alors entreprises dès le début de l'apparition de la maladie dans le but d'en éviter sa progression.
- La prévention tertiaire, quant à elle, intervient au stade où la maladie est installée et consiste à diminuer le risque de chronicité, de récurrences, de complications ou de rechutes à la maladie.

Ces trois types sont axés sur la prévention centrée sur la personne. Lorsque l'on parle d'addiction, il est également important de prendre en compte le modèle écosystémique de l'individu, et donc d'axer la prévention sur le contexte. On appelle cela la prévention structurelle qui consiste à diminuer l'offre et la demande de produits psychoactifs (Anderson & al., 2009).

Dans le milieu de la santé, des justificatifs permettant la traçabilité des stupéfiants doivent être mis en place et remplis par le personnel soignant (LStup, 2018).

Afin d'y parvenir, des mesures législatives et régulatrices sont mises en place. A la prévention de la santé s'ajoute la promotion qui consiste à ne pas prendre en compte que les facteurs de risque mais également de renforcer les facteurs protecteurs en mettant l'accent sur des mesures visant à améliorer l'environnement, l'économie et la situation sociale d'un état. (OMS, 1999) Peu d'études ont été effectuées à ce jour, mais elles démontrent que la combinaison de ces deux méthodes de prévention, centrée sur la personne et orientée sur les structures, influent l'une sur l'autre et qu'il est donc nécessaire d'adopter une stratégie globale (Kalke, 2009).

En Suisse, la politique en matière de prévention contre la drogue met l'accent sur l'efficacité. Pour ce faire, un plan a été mis en place, en 2012, par la Confédération en créant un programme s'appuyant sur quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques et répression). Il inclue également des mesures dites transversales de coordination, qualité/formation continue, bases scientifiques et innovation (OFSP, 2012).

La vente de spiritueux et d'alco pops est interdite aux mineurs et la bière, le cidre et le vins sont interdit à la vente aux moins de 16 ans. Les deux plus grandes enseignes de Suisse se montrent plus restrictives que la loi. En effet, la Coop ne vend pas d'alcool aux moins de 18 ans et la Migros n'en propose pas du tout (Addiction Suisse, 2013).

5.4.1 La prévention du stress lié au travail consistant à le réduire par :

- La prévention primaire : l'ergonomie, une meilleure conception du travail et de l'environnement professionnel, une meilleure organisation et une meilleure gestion
- La prévention secondaire : l'éducation et la formation des travailleurs
- La prévention tertiaire : développer des systèmes de gestion plus sensibles et plus réactifs et améliorer les services de médecine du travail (OMS, 2004).

Il existe un test d'inventaire de Burn Out conçu par Maslach et Jackson qui permet d'évaluer la sévérité du stress lié au travail. Ce test comporte 22 questions permettant d'évaluer le degré d'épuisement psychologique au travail en étudiant les conséquences du stress chronique (Giorio, 2013).

Il comporte trois dimensions qui sont : la déshumanisation (sa capacité à gérer la relation aux autres), son degré d'accomplissement personnel au travail ainsi que son épuisement émotionnel. Le test consiste à répondre aux questions en entourant un chiffre allant de zéro à six selon la fréquence de l'item proposé. En voici trois exemples:

- Je me sens émotionnellement vidé par mon travail
- Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que je travaille
- J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Les résultats démontrent le degré de gravité selon le nombre de dimensions atteintes. Si une seule dimension est touchée, le score est faible. Il est moyen si deux ou trois dimensions sont touchées et sévère si les trois sont pathologiques (Giorio, 2013).

5.4.2 La prévention de la consommation de substances

L'employeur est dans l'obligation d'appliquer des actions de prévention afin de protéger la vie, la santé et l'intégrité physique de ses employés au sein de l'entreprise ou du milieu de soins. En voici quelques exemples :

- Les conditions de travail étant souvent la cause première d'une conduite addictive, l'employeur peut, selon ses moyens, les améliorer en discutant avec l'employé en question de ses doutes et ses craintes. Ils pourront ensemble trouver un moyen d'y remédier (Hache, 2003).

Même s'ils ne peuvent pas se généraliser à l'ensemble des personnes sous emprise d'une dépendance, quelques signaux peuvent indiquer une situation nécessitant une intervention: arrivées tardives, absentéisme répété, diminution de l'efficacité ou de la productivité du travail, erreurs ou oublis. Le comportement peut également s'en trouver modifié et montrer une baisse de la concentration, des changements fréquents d'humeur, des tremblements de mains ou des titubations, un isolement par rapport aux collègues, un manque de coopération ou encore une diminution des intérêts et de la motivation (Addiction Suisse, 2014).

Tous ces comportements sont des signaux d'alerte devant mener à un entretien avec le supérieur. Celui-ci ne doit pas porter de jugement et doit s'appuyer sur des observations et des faits objectivés au préalable. Le but premier de cette discussion est de faire prendre conscience à l'employé en question ses manquements lors des journées de travail (Addiction Suisse, 2014). Le responsable hiérarchique relèvera les faits observés et attendra des explications de l'employé. Il exprimera ses inquiétudes, ses attentes et fixera ensuite des objectifs d'amélioration. Après ce premier entretien, le supérieur observera le comportement de la personne concernée et notera les changements apportés ou non. C'est lors d'une deuxième rencontre, appelée également « confrontation constructive », et généralement menée par le responsable des ressources humaines, que les changements ou manquements sont relevés. Si aucun changement n'a eu lieu, la personne est soumise à une alternative : soit il se faire encadrer par un spécialiste, soit il risque de perdre son emploi (Addiction Suisse, 2014).

5.4.3 Stratégie

Une approche nécessaire à l'arrêt d'une consommation abusive est celle d'induire le changement chez la personne concernée. Afin d'y parvenir, les théoriciens Prochaska et DiClemente (1994) ont développé un modèle transthéorique du changement comprenant plusieurs stades. D'après eux, la personne présentant un comportement addictif devrait passer une série d'étapes motivationnelles avant d'être en mesure d'atteindre l'abstinence. Pour que l'accompagnement soit efficace, le soignant doit tenir compte du stade dans lequel se trouve la personne concernée. En effet, chaque étape correspond à des méthodes d'intervention spécifiques.

5.5 L'éthique

Du fait de la dangerosité de l'acte, la consommation de substances sur le lieu de travail est un sujet tabou. Il devient alors difficile d'en parler avec les personnes concernées. Voici quelques pistes d'approches données par « Addiction Suisse » (2010) dans le cas où une suspicion d'abus existerait :

- Ne pas poser de diagnostic car seul un spécialiste en a le droit et la capacité.
- Ne pas rechercher des aveux au risque de voir le collègue se retirer et rechercher à dissimuler le problème.
- Exprimer son inquiétude et relever les faits observés afin de permettre à la personne concernée de réfléchir à ses actions et lui montrer qu'elle n'est pas seule.

Le Code de déontologie du CII (2006) indique les aspects éthiques et déontologiques reliés à la profession infirmière. Les différents articles de loi précisent que l'infirmière ou l'infirmier ne peut s'approprier des médicaments ou autres substances, notamment des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique, ou tout autre bien appartenant à une personne avec laquelle il est en rapport dans l'exercice de sa profession.

Un article de loi mentionne que : « l'infirmière ou l'infirmier est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques ou toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience ». Le risque de préjudice porté à la clientèle est élevé lorsqu'une infirmière est sous substance. De ce fait, cette infraction est l'une des plus graves selon le Comité de discipline (OIIQ, 2010).

Un second article établit que lorsque la sécurité d'un client est compromise : « l'infirmière ou l'infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées ». Afin d'assurer la sécurité des patients, les collègues de travail sont dans le devoir de dénoncer les comportements à risque s'ils perçoivent des signes de consommation (yeux rouges, tremors, incohérences dans les propos, ...) (OIIQ, 2010).

Voici un exemple de procédure à suivre lorsqu'un problème de consommation de substances survient :

- Alerter l'employeur sans que cela ne soit perçu comme une dénonciation, mais comme un moyen de réduire le risque d'accident ou d'altération de la santé de l'infirmière
- Retrait de la personne de son activité
- Demander un avis médical sur la question
- Respecter la vie privée de la personne et ne pas émettre de jugement de valeur face à son comportement (Hache, 2013).

6. Méthode

6.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature vise à accorder une importance particulière au fait que les infirmières sont à risque de développer des dépendances. Cette méthode consiste à regrouper les différents écrits publiés au sujet de la question de recherche. Elle est constituée d'une démarche scientifique rigoureuse comportant plusieurs étapes : une recherche de littérature systématique, une évaluation de la qualité de chaque étude, une synthèse et des résultats (Cochrane Suisse, 2016, les revues systématiques).

Le premier objectif de cette revue de la littérature est de déceler les facteurs de risques d'abus de substances dans la profession infirmière. Le deuxième objectif est de mettre en évidence plusieurs outils proposés afin de permettre un suivi réduisant les risques. Afin d'y parvenir, six études ont été choisies. Cinq d'entre elles sont quantitatives¹, appartenant donc au paradigme positiviste et une est qualitative¹, s'insérant dans le paradigme naturaliste (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le paradigme naturaliste, selon Fortin (2010), laisse place à plus de compréhension d'une situation et de subjectivité dans un contexte donné car il exclut l'existence d'une seule réalité. Au contraire, le paradigme positiviste suppose qu'il existe une réalité unique mais qui ne peut être connue qu'imparfaitement (Fortin, 2010, p.25). Toutes les recherches proviennent de la discipline infirmière.

6.2 Collecte de données

Afin de rédiger cette revue de la littérature, la faisabilité de la recherche était nécessaire. Pour ce faire, de nombreuses informations concernant la question de recherche ont été récoltées à travers différentes publications relevant de la discipline infirmière. Afin de rédiger un cadre théorique complet, la consultation de livres et sites internet étaient indispensables. Les articles ont été recherchés sur différentes bases de données telles que CINAHL complete, Ovid, PubMed ou encore Cochrane dont aucun n'article n'a été retenu. Ces

bases de données ont été consultées dans la période allant de février 2017 à mars 2018. Afin de trouver des articles correspondant à la question de recherche, des mots clés français ont été traduits en anglais.

Base de données	Mots-clés et opérateurs booléens ¹	Résultats	Etudes retenues
Pubmed	Substance abuse AND among nurses	470	2
Pubmed	Drugs AND practicing nurses	3	1
Pubmed	Substance abuse AND practicing nurses AND dependency	6	1
CINAHL	addiction or substance abuse or drug abuse AND among nurses	399	2

6.3 Sélection des données

Dans le but de sélectionner les études pertinentes, centrées sur la question de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés. Ils sont exposés dans le tableau ci-dessous :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Articles paru après 2012	Articles paru avant 2012
Articles en français ou en anglais	Articles dans une langue autre que le français ou l'anglais
Etudes de source primaire	Revue de la littérature, méta-analyse ¹ , méta-synthèse ¹
Etudes concernant les infirmières souffrant d'abus de substances	Etudes concernant d'autres professionnels de la santé

6.4 Analyse des données

Les études retenues sont développées l'une après l'autre dans les chapitres suivants. Un tableau de recension a été réalisé au préalable pour chaque étude, ils sont présentés en

annexe. Les mots incompris ont été traduits de la langue anglaise à la langue française à l'aide des programmes « Google traduction » et « Reverso ». Les titres et les résumés ont servi à effectuer un premier tri avant la lecture complète de l'article.

Les niveaux de preuves ont été évalués à l'aide de la pyramide de preuves élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2013).

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Titre de Haute Autorité de Santé, 2013, p.8. Accès

(http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249599/fr/la-has)

6.5 Considérations éthiques

Sur les six études retenues dans cette revue de la littérature, quatre mentionnent l'approbation par un comité ou une commission d'éthique pour mener l'étude. L'étude II a été exemptée par l'Université du Tennessee car elle n'a pas impliqué de sujets humains et a utilisé des données anonymes. La sixième est celle de M. O'Connell (2017). Toutes ont cependant demandé aux participants remplir un consentement éclairé approuvant leur participation tout en conservant leur anonymat. Aucun plagiat n'a été effectué conformément aux exigences académiques et institutionnelles, toutes les sources ont été référencées selon les normes de la sixième édition de l'American Psychological Association (APA 6.0).

7. Tableau des études

Auteurs	Titre	Date de publication	Base de données	Niveau de preuve
Kunky, D.	Substance use disorder among registered nurses : prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction	2015	OVID	IV
Monroe, T, B. Kenega, H. Dietrich, M, S. Carter, M, A. Cowan, R, L.	The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs.	2013	OVID	IV
Bowen, M.-K. Ulanda, M.-A Taylor, K. Krause-Parello, C.	An Examination of Stress, Coping, and Adaptation in Nurses in a Recovery and Monitoring Program.	2012	OVID	IV
Scholze, A.-R, Martins, J.-T, Galdino, M.-J, Ribeiro, R.-P	Occupational environment and psychoactive substance consumption among nurses.	2017	CINAHL	IV
Wright, E.-L. McGuiness, T. Moneyham, L.-D. Schumacher, J.-E. Art Zwerling. Stullenbarger, N.-E	Protective Factors Against Relapse Practicing Nurse Anesthetists in Recovery From Anesthetic Opiate Dependency	2014	PUBMED	IV
Boulton. M, O'Connell	Past Year Substance Use by Student Nurses	2017	PUBMED	IV

8. Résultats

8.1 Etude I :

Kunky, D. (2015). Substance use disorder among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *Epub*, 23, 54-64. doi : 10.1111/jonm.12081

8.1.1 Description de l'étude

Cette étude de cas témoins a été réalisée au Canada et vise trois objectifs. Le premier est d'investiguer la prévalence de consommation de substances (alcool et drogues) durant les 12 derniers mois auprès d'infirmières. Le deuxième consiste à déceler une mauvaise pratique de la profession et le troisième est d'évaluer l'état de santé général des infirmières.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire déposé sur internet. Les portails de communication choisis ont été le « College and Association of Registered Nurses of Alberta », une newsletter de l'« Allberta Health Services », promoteur de la santé de la région, ainsi qu'à travers la page Facebook de l'Union des Nations Unies des Etats-Unis. En tout, 4064 infirmières ont répondu au sondage.

Les questions portaient sur l'âge, le genre, le niveau de formation, le statut ainsi que le service dans lequel elles travaillent. Pour effectuer la collecte de données, la mesure de l'état mental et de santé a été réalisée grâce à la « mental health scores (MHS) » incluant 12 questions concernant l'état mental, le comportement en société ainsi que les émotions perçues en société. La pratique professionnelle affaiblie a été mesurée par le « Perceptions of Nursing Impairment Inventory (PNII) », questionnaire comprenant 32 items concernant les attitudes que les infirmières ont envers une collègue en difficulté. Enfin, l'état de santé général de l'infirmière a été mesuré par la « Perceived Organisational Support (POS) », une échelle comprenant huit items sur l'organisation personnelle en lien avec le bien-être.

Les résultats démontrent que

- La prévalence des troubles liés à la consommation de substances chez les infirmières (1,9%) était semblable à la population générale (2%).
- Les infirmières souffrant d'addiction (n=121), qui exerçaient encore, ne recevaient pas de traitement et leur employeur n'était pas au courant de la situation. Les chercheurs l'expliquent par le fait que les ICUS ont l'obligation de donner des sanctions disciplinaires aux infirmières consommant des substances. Celles-ci éprouvent donc une peur des représailles et n'en parlent pas.

- Les infirmières consommant de manière abusive (n=297) souffrent deux fois plus de dépression que leurs collègues (n=3767)
- 98% des collègues savent qu'elles ont le devoir de dénoncer une infirmière mettant les patients en danger mais seulement 62% ont exprimé leur incertitude à reconnaître de tels cas.

8.1.2 Validité méthodologique

Les infirmières de l'état d'Alberta ont été choisies par un échantillonnage non probabiliste par convenance. Les chercheurs ont utilisé la méthode du questionnaire sur internet car des études ont démontré qu'elle permettait un nombre de participant plus conséquent grâce à l'anonymat et la facilité d'accès qu'elle offrait (Duncan & al., 2003). Cependant, la récolte de données pour ce genre d'étude est rendue difficile du fait que le sujet d'abus de substances est stigmatisé dans le domaine professionnel. En outre, la véracité des données récoltées peut être compromise pour plusieurs raisons.

Premièrement, les participantes peuvent ne pas avoir confiance en l'anonymat du questionnaire. Deuxièmement, elles peuvent ne rien avoir à gagner à y participer et troisièmement le questionnaire a été jugé trop long car de nombreuses étapes étaient nécessaires à son remplissage. De plus, les infirmières ayant répondu au sondage pourraient ne pas être représentatives car, se sentant concernées, elles trouveraient peut-être plus d'intérêt à y répondre ou au contraire à nier leur problème. Enfin, le questionnaire étant disponible sur internet, d'autres participants ne correspondant pas aux critères d'inclusion auraient pu y répondre et certains autres auraient pu le remplir plus d'une fois. Afin de remédier à ce biais¹, un mot de passe a été donné aux infirmières de la région d'Alberta et il a été demandé de n'y répondre qu'une seule fois. Malgré ces limitations, les auteurs déclarent que les résultats de cette étude pourraient néanmoins être prudemment généralisés, l'échantillon¹ étant conséquent et représentatif de la population.

La probabilité de commettre une erreur en rejetant l'hypothèse nulle était faible dans cette étude car les valeurs P se trouvaient toutes inférieures ou égales à 0,05. Basée sur des études antérieures, un niveau de signification unilatéral a été déterminé et l'amplitude de l'effet des variables devait être faible. Compte tenu de ces paramètres, il a été calculé qu'un échantillon de 2380 devait être pris afin d'éviter une erreur de Type I et Type II¹. Lors de la description des réponses aux questions sur les échelles de type Likert, certaines catégories ont été regroupées afin d'examiner des divergences. Les comparaisons entre les groupes ont été effectuées en utilisant le test du khi-carré¹ pour les données catégoriques et les tests t, ANOVA¹ et MANOVA¹ pour les variables¹ continues.

Les résultats de cette étude sont similaires à ceux d'études antérieures, ce qui renforce sa validité externe (West, 2003 ; Monohan, 2003).

8.1.3 Pertinence clinique

Cette étude contribue à prouver l'existence de la prévalence d'une consommation de substances dans le domaine des soins infirmiers ainsi que des risques liés à la sécurité des patients. Les résultats démontrent une consommation de substances s'étendant auprès d'infirmières provenant de différents milieux sociaux et culturels.

Les ICUS ont un rôle important dans ce domaine et peuvent être la clé du résultat de ces situations difficiles. Pour ces raisons, il est important de reconnaître que des mesures disciplinaires ne réduisent pas les risques d'une consommation de substances. Il y a un besoin urgent d'implanter des politiques plus efficaces afin de réduire les risques de mise en danger des patients et des infirmières. Le respect de la confidentialité, de même qu'un environnement non répressif, sont essentiels à l'identification du problème ainsi qu'à la guérison des sujets concernés. Une ouverture permettant la communication des cas pouvant poser problème permettrait de l'identifier plus rapidement. Enfin, l'accessibilité des programmes d'aides devraient être améliorée, car ils se montrent efficaces comme ceci sera démontré dans les chapitres suivants.

8.2 Etude II

Monroe, T, B. Kenega, H. Dietrich, M, S. Carter, M, A. Cowan, R, L. (2013). The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs. *Nursing Research*, 62(1), 10-15. doi : 10.1097/NNR.0b013e31826ba3c

8.2.1 Description de l'étude

Cette étude de cohorte réalisée en 2013 aux Etats-Unis a pour but, dans un premier temps, d'estimer sur une année la prévalence des infirmières ayant besoin d'une aide en lien avec une consommation de substances (alcool, drogues) et de comparer les résultats avec la population en général. Dans un deuxième temps, elle vise à comparer l'efficacité entre l'approche punitive (licenciement, poursuite) et le programme ATD (Alternative-To-Discipline). Ce dernier porte sur l'aide aux collègues souffrant de dépendance, l'auto-régulation au lieu d'une intervention disciplinaire, l'orientation vers la prévention et des actions visant à la sécurité au travail.

La collecte de données s'est effectuée sur l'année 2009. Les chercheurs ont utilisé des données de la NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) afin de pouvoir estimer

le nombre d'infirmières identifiées et inscrites dans un programme disciplinaire. Ils ont, par la suite, utilisé une technique d'échantillonnage non probabiliste stratifié ainsi que les données des programmes ATD afin d'estimer le nombre d'infirmières se trouvant dans ces programmes. Ils ont pour finir fait appel au NSDUH (National Survey on Drug and Health) afin de déterminer les chiffres de la population générale recevant un traitement.

Les résultats démontrent que 0,51% des infirmières américaines présentaient un problème de consommation de substance en 2009. La prévalence des infirmières engagées dans des programmes d'aide était de 0.36%. Bien que chaque Conseil d'Etat ait un programme de contrôle disciplinaire, seules 73% de ces juridictions disposaient de programmes alternatifs. La prévalence des infirmières souffrant d'addiction nécessitant une intervention est plus basse que celles qui indiquent recevoir un traitement dans la population générale (0.51% vs. 1.0%).

Les programmes ATD ont un meilleur impact que les programmes disciplinaires car ils identifient plus d'infirmières souffrant d'addiction et les éloignent donc des patients. En effet, en 2009, les programmes d'aides ont eu 75% (n=9715) d'infirmières inscrites de plus que les programmes disciplinaires (n=2345).

8.2.2 Validité méthodologique

L'échantillonnage non probabiliste inclut des biais. Toutefois, des études (Kelly & al., 2002) ont prouvé que ce type d'échantillonnage était approprié afin de permettre une généralisation des résultats. La stratification de l'échantillon aide également à surmonter ce biais.

Les résultats de l'étude sont en accord avec des études faites auparavant, soit que les infirmières sont autant, voire moins touchées par la consommation de substances que la population générale. Les auteurs ont trouvé qu'en moyenne, les programmes ATD ont eu 75% (n=9715) d'adhérents en plus que les programmes disciplinaires (n=2345) en 2009. Ils rajoutent que d'autres études sont nécessaires afin d'établir l'efficacité globale des programmes ATD.

Du point de vue éthique, l'étude a été accordée comme exemptée par l'Université de Centre de Science et de Santé du Tennessee car elle n'a pas impliqué de sujets humains et a utilisé des données anonymes.

8.2.3 Pertinence clinique

La véracité des données prises sur les différents programmes n'a pas pu être démontrée. L'intervalle de confiance n'est pas exprimé dans cette étude car aucun test ni de logiciel statistique n'ont été utilisés.

Seules les infirmières étant dans un programme d'ATD étaient incluses dans l'étude alors que d'autres auraient pu être licenciées ou n'auraient pas été identifiées. L'étude s'est faite sur deux ans, il est possible que d'autres cas n'étaient pas en fonction à ce moment. Enfin, les considérations éthiques ne sont pas clairement explicitées.

Les résultats de cette étude sont d'une grande utilité pour le domaine des soins infirmiers tant pour les Etats-Unis que pour le reste du monde, les programmes ATD pourraient ainsi être standardisés au-delà des frontières américaines. L'utilisation d'une approche non punitive motive les infirmières à demander de l'aide et est donc primordiale afin de renforcer la sécurité des patients.

8.3 Etude III

Bowen, M.-K. Ulanda, M.-A Taylor, K. Krause-Parello, C. (2012). An Examination of Stress, Coping, and Adaptation in Nurses in a Recovery and Monitoring Program. *Journal Addict Nurse* 3, 159-66. doi: 10.1097/JAN.0b013e31826f4bd6.

8.3.1 Description de l'étude

Cette étude qualitative a pour but de répondre à plusieurs questions de recherche que voici :

1. Quelle est la relation entre le stress et le soutien social des infirmières inscrites dans le programme RAMP (Recovery and Monitoring Program) ?
2. Quelle est la relation entre le soutien social et le bien-être des infirmières inscrites dans le programme RAMP ?
3. Quelle est la relation entre le stress et le bien-être des infirmières inscrites dans le programme RAMP ?
4. Est-ce que le soutien social a un effet sur la relation entre le stress et le bien-être des infirmières inscrites dans le programme RAMP ?

Une revue de la littérature a été effectuée afin de déterminer la relation entre le stress et le support social, le support social et le bien-être et enfin entre le stress et le bien-être.

Les chercheurs ont contacté les infirmières participant au programme RAMP. Sur les 22 groupes existant dans le New Jersey, sept ont décidé d'y participer. Les infirmières se trouvaient à différentes étapes du programme (entre un et cinq ans). Un questionnaire de 16 questions a été transmis aux participantes concernant plusieurs items que voici : l'âge, le genre, la religion, le statut marital, le nombre d'enfant, le niveau de formation, la durée d'engagement dans le programme, les années d'expérience professionnelle, l'environnement de travail, les antécédents familiaux d'addiction et les représentations personnelles concernant le programme. Un deuxième questionnaire évaluant le stress, le soutien social et le bien-être a été remis. Afin de mesurer le stress, une échelle de Likert (PSS de Cohen, Kamarack, & Mermetlstein) a été utilisée comportant dix items sur le niveau de stress. Le support social a été défini par le MSPSS qui détermine si la ressource est bénéfique pour la personne demandant de l'aide. Enfin, le bien-être est défini comme un état de santé physique et psychique et est mesuré grâce à une échelle de Likert (Psychological General Well-Being de Dupuy) mesurant l'humeur, l'anxiété, le bien-être, la vitalité et la santé générale. La collecte de données a duré environ 45 minutes.

Les résultats démontrent que le stress a un impact sur le bien-être physique, psychique et émotionnel. Les individus qui ont un niveau de stress plus élevé sont davantage susceptibles de développer des conduites addictives. L'étude montre que ce n'est pas la profession de l'infirmière, mais la combinaison de plusieurs facteurs qui mènent à l'addiction. De plus, le retour au travail est souvent difficile du fait du jugement des collègues.

La littérature stipule que d'avoir de bonnes relations sociales masquerait la solitude mais que la famille pourrait avoir un mauvais impact sur le bien-être. Le stress ainsi que les comportements inadaptés peuvent déboucher sur la toxicomanie. Les résultats démontrent des différences au niveau du soutien social des infirmières notamment dans les programmes d'aide. Des recherches complémentaires doivent être effectuées afin de trouver de meilleures méthodes de réinsertion des infirmières.

8.3.2 Validité méthodologique

Pour cette étude, le modèle de recherche cherche à déterminer que la variable indépendante (stress) a un effet sur les variables dépendantes (soutien social, bien-être) et que le soutien social a un effet médiateur sur la relation entre le stress et le bien-être. Selon Baron et Kenny (1986) ; pour que la médiation soit effective, tous les résultats de l'analyse de régression¹ doivent avoir un résultat significatif et la relation entre le stress et le bien-être doit être dégressif.

Les données ont été analysées par le Pearson product-moment pour les questions une à trois, et par un logiciel d'analyse de régression (SPSS, inc., 2010) pour la question quatre. Un test t^1 bilatéral a été utilisé afin de déterminer un niveau de signification de $P=0.05$. Un minimum de 75 participants était obligatoire afin d'avoir un pouvoir de 0.82 pour une analyse régressive. Au total 82 personnes y ont participé.

Les trois instruments utilisés pour cette étude avaient un alpha de Cronbach¹ supérieur à 0.80 (PSS : 0.84, MSPSS : 0.93, PGWB : 0.93), ce qui augmente leur validité interne. Un résultat alpha supérieur à 0.7 est souhaitable et une valeur supérieure à 0.9 est considérée comme bonne.

Ces résultats correspondent à ceux des études effectuées auparavant sur les problèmes comportementaux, cognitifs et sociaux contribuant à l'exacerbation de maladies (Provencher, 2007).

L'étude contient cependant quelques limites: l'instrument de mesure MSPSS ne donnait que trois choix pour définir le support social : famille, amis et autres. Les informations telles que les moyens financiers ne sont pas évalués. Les services tels que les AA ou RAMP ne sont pas analysés dans l'étude. Les variabilités dans la prise en charge entre femmes et hommes ne sont pas prises en compte. Pour finir, il existe des différences entre hommes et femmes qui ne sont pas démontrées dans l'étude.

Afin de respecter l'anonymat des participants, les chercheurs ont d'abord dû obtenir l'accord de la Kean University afin de recevoir les données des interrogés. Les groupes de soutien ayant accepté de participer ont reçu une lettre qu'ils devaient transmettre aux membres. Ceux-ci ont dû, par la suite, signer un consentement.

8.3.3 Pertinence clinique

Cette étude comble un trou dans la littérature car, auparavant, aucune étude n'avait établi de lien entre le stress, le bien-être et le support social. Elle démontre donc une avancée dans la recherche sur le sujet dans le domaine de la santé. Les résultats fournissent un aperçu de la complexité de la toxicomanie ainsi que de diverses mesures qui aident les infirmières se trouvant dans un programme de suivi.

Afin d'aider les infirmières, une sensibilisation accrue au stress et à ses effets nuisibles sur le bien-être général doit être identifiée afin que des mesures puissent être mises en œuvre pour en prévenir les conséquences. Les méthodes visant à renforcer le soutien social et les

réseaux sociaux peuvent aider à prévenir les rechutes et à réintégrer la pratique professionnelle.

Les professionnels de la santé doivent identifier les facteurs qui ont un effet néfaste sur les infirmières se trouvant dans les programmes de soutien. Les professionnels y travaillant peuvent fournir des renseignements sur les ressources qui encouragent les personnes souffrant du problème, autant sur un plan financier que sur la gestion du stress.

8.4 Etude IV

Scholze, A.-R, Martins, J.-T, Galdino, M.-J, Ribeiro, R.-P. (2017). Occupational environment and psychoactive substance consumption among nurses. doi: 10.1590/1982-019420170006060

8.4.1 Description de l'étude

Cette étude transversale¹ avec un devis descriptif a pour but d'analyser la relation entre l'environnement de travail et la consommation de substances psychoactives au sein des infirmières exerçant dans trois hôpitaux du sud du Brésil.

La collecte de données s'est effectuée entre octobre 2015 et avril 2016. 215 infirmières correspondaient aux critères d'inclusion et 185 ont donné leur accord. Elles ont rempli trois questionnaires de manière anonyme. Le premier concernait les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, activité physique, niveau de formation, revenu mensuel, nombre d'heures de travail hebdomadaire). Le deuxième questionnaire concernait l'environnement en utilisant « Nursing Work Index – Revised (NWI-R) » contenant 57 items. Enfin, le troisième était centré sur la consommation de substances en utilisant le « Involvement Screening Test (ASSIST) » contenant huit questions sur l'utilisation de neuf substances (tabac, alcool, marijuana, cocaïne, stimulants, sédatifs, inhalant, hallucinogène, opioïdes). Les questions étaient centrées sur la fréquence, le désir, l'incapacité à effectuer une activité à cause d'une substance, les problèmes liés à l'usage (santé, finance, social) et les tentatives d'arrêt de la consommation. Les réponses ont été enregistrées sur une échelle de Likert.

En ce qui concerne la perception de l'environnement professionnel, les médianes¹ étaient faibles, indiquant que l'environnement dans lequel elles travaillent était négatif, principalement en ce qui concerne l'autonomie. Les infirmières déclarent avoir plus de plaisir lorsqu'elles travaillent dans un environnement motivant dans lequel elles développent leurs

compétences et encore plus si elles le font de manière autonome. Ceci contribue à améliorer les soins prodigués aux patients et à améliorer leur relation avec l'équipe soignante.

L'étude démontre que lorsque l'infirmière manque d'autonomie, elle ressent un sentiment d'insatisfaction et développe du stress ainsi que des problèmes de santé mentale. Ainsi, elles ont tendance à consommer de l'alcool, des substances sédatives et d'autres drogues. Les infirmières indépendantes présentent un risque moindre. L'étude démontre également que les bas salaires sont un facteur aggravant car ils procurent un manque de reconnaissance de la profession en regard de la longue durée des études. Enfin, la consommation de cigarette est apparue comme étant plus présente chez les infirmières plus âgées.

L'alcool, le tabac et les médicaments sédatifs sont les substances les plus utilisées. Les infirmières exerçant dans les petits hôpitaux ($p=0.01$) consomment davantage que celles se trouvant dans des hôpitaux de plus grande taille ($p=0.03$).

8.4.2 Validité méthodologique

L'échantillonnage limite la généralisation des résultats ainsi que la relation de cause à effet des variables. Le fait que le questionnaire soit rempli personnellement peut ne pas correspondre à la réalité. Le caractère sociodémographique était similaire aux autres études impliquant des infirmières, toutefois, la population féminine prédomine la profession et celle-ci est mal représentée sur le marché du travail au Brésil. Il est possible que la généralisation des résultats diffère d'un pays à l'autre, les conditions de travail n'étant pas similaires.

La collecte de données a été effectuée entre octobre 2015 et avril 2016 auprès de 221 infirmières. Sur cette base, la taille de l'échantillon stratifié a été calculé en tenant compte d'une proportion de 50%, d'un niveau de confiance de 95% et d'un risque d'erreur maximal de 5 résultant en un nombre minimum de 175 participants.

Afin d'analyser la relation entre le score de consommation de chaque substance psychoactive et les variables sociodémographiques, professionnelles et liées à l'environnement, le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé avec une signification fixée à $p<0,05$.

Les trois questionnaires ont été testés précédemment dans une étude pilote impliquant 20 infirmières d'un hôpital ayant les mêmes caractéristiques que ceux de l'étude.

Les participantes ont dû se rendre dans une pièce annexe où elles ont pu trouver une enveloppe scellée contenant le questionnaire ainsi qu'un formulaire de consentement. Après avoir répondu aux questions, les participantes ont pu déposer l'enveloppe dans une boîte scellée afin de préserver leur anonymat. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique.

8.4.3 Pertinence clinique

La plupart des infirmières ont déclaré avoir un seul emploi, ce qui est considéré comme un facteur positif car les longues journées de travail représentent un risque accru d'accident du travail, de comorbidités physique et mentale, de qualité de vie insatisfaisante et d'habitudes de vie non saines, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac.

L'étude met l'accent sur les raisons qui poussent une infirmière à développer une consommation excessive de substances. Selon les résultats obtenus, les mesures de prévention doivent être prises au niveau organisationnel. Les ICUS doivent également diriger les infirmières concernées par le problème vers des traitements efficaces. Ils doivent évaluer avec une équipe pluridisciplinaire si la personne a besoin d'un congé ou d'un programme d'aide. Une mesure punitive, bien que justifiée, ne résout pas le problème et empêche les professionnels à chercher de l'aide par peur.

8.5 Etude V

Wright, E.-L. McGuiness, T. Moneyham, L.-D. Schumacher, J.-E. Art Zwerling. Stullenbarger, N.-E. (2014). Protective Factors Against Relapse Practicing Nurse Anesthetists in Recovery From Anesthetic Opiate Dependency.

8.5.1 Description de l'étude

Cette étude qualitative a pour but d'explorer les facteurs protégeant les infirmières anesthésistes dépendantes aux opiacés d'une rechute après leur retour à la pratique. Elles ont été recrutées au moyen d'une publicité en ligne et interviewées individuellement par communication téléphonique. L'entrevue comprenait des questions ouvertes qui leur ont permis de décrire leur expérience personnelle. L'analyse du contenu a révélé un thème majeur, celui de l'engagement auprès des programmes d'aides qui sont un excellent moyen de prévenir la rechute.

Les participantes ont été recrutées sur internet via une publicité placée sur le site « Anesthetists in Recovery ». 24 infirmières anesthésistes dépendantes aux opiacés ont contacté le chercheur. 11 d'entre elles entraient dans les critères d'inclusion et six ont retourné le formulaire de consentement éclairé. La collecte de données a été effectuée via un entretien semi-structuré¹ par téléphone.

Dans ce contexte, deux thématiques ont été mises en évidence : les facteurs internes et les facteurs externes. Les facteurs internes consistaient à supprimer l'envie de consommer,

la réalisation de soi, la force intérieure et la vision de l'avenir. Les facteurs externes comprenaient le temps passé en-dehors de la pratique professionnelle et la discussion avec d'autres personnes souffrant du même problème. Bien que le « Processus de douze étapes » ne ressorte pas comme étant un facteur en soi, tous les participants l'ont reconnu comme une structure sur laquelle leur rétablissement a été fondé. Ce processus leur a permis de mettre en place des mécanismes permettant de développer leur motivation et d'utiliser les outils nécessaires à leur maintien à la sobriété.

Les hommes buvaient tous de l'alcool et ont consommé différentes drogues dans leur jeunesse. Une femme a décrit la même situation alors que les deux autres buvaient rarement et n'ont jamais consommé de substances avant l'âge de 40 ans. L'une d'entre elles a commencé après une blessure. Le Fentanyl était la première drogue utilisée pour cinq participants bien que certains utilisaient d'autres analgésiques selon leur disponibilité. Ils sont sobres depuis 10,7 ans en moyenne (entre 8 et 16,4 ans). Deux participants ont dit souffrir de dépression ou être bipolaire. Ceux-ci ont vécu au moins une rechute. Le temps moyen d'usage d'opioïdes est de 2,1 ans.

8.5.2 Validité méthodologique

Les données ont été analysées et condensées afin de les catégoriser systématiquement et objectivement. Deux modèles sont ressortis de cette analyse (facteurs internes et facteurs externes). Ce type d'analyse peut être appliqué à plusieurs variétés de communication telles que les médias, les mots écrits, et dans ce cas, le récit verbal qui est la technique préférée pour l'analyse des données qualitatives (Sandelowski, 2000). Aucun logiciel statistique n'a été utilisé pour l'analyse des données.

L'échantillonnage non probabiliste par convenance¹ ne se compose que de sujets qui sont volontaires, on ne peut donc pas les comparer à ceux qui décident de ne pas répondre.

L'étude a été approuvée par un comité éthique (University of Alabama at Birmingham Institutional Review Board)

8.5.3 Pertinence clinique

Au vu de la délicatesse du sujet, l'échantillonnage est trop petit et ne permet donc pas la généralisation des résultats. La parole de ceux qui n'ont pas pu retourner au travail pourrait révéler une autre facette du problème, bien qu'il soit difficile d'accéder à leurs témoignages.

Il est évident que le retour à la pratique professionnelle après une dépendance aux opiacés est difficile. Les résultats de cette étude fournissent un aperçu des facteurs qui protègent les infirmières anesthésistes de la rechute. Il est également clair que la prévention des

rechutes ne peut se résumer à un facteur en particulier mais plutôt à un engagement profond à l'ensemble du processus dont celui du désir de changement, nécessaire à la guérison.

L'étude illustre la force qu'il faut posséder afin de prévenir la rechute et démontre qu'il y a de l'espoir pour d'autres personnes qui souffriraient du même problème. Les résultats aident également à informer les personnes qui ne sont pas concernées.

8.6 Etude VI

Boulton. M, O'Connell. K. (2017). Past Year Substance Use by Student Nurses.

8.6.1 Description de l'étude

De nombreuses infirmières souffrant d'une consommation abusive de substances ont vu le problème apparaître durant leurs années de formation. Cette étude a pour but, premièrement, de déterminer le nombre d'étudiants infirmiers consommant des substances de manière abusive et deuxièmement, de mettre en lien la relation entre la consommation de substances et les caractéristiques personnelles.

La récolte de données s'est effectuée au moyen d'un questionnaire transmis aux étudiants membres de la « National Student Nurses Association », leur demandant de quantifier leur consommation de cannabis, de psychostimulants ainsi que d'autres drogues illégales. Une question portait également sur le nombre de fois où ils buvaient de manière abusive (5 verres ou plus par occasion).

Les résultats démontrent que la consommation abusive d'alcool est présente chez 61% des étudiants, 18% avouent consommer du cannabis, 5% consomment des drogues illégales (autres que le cannabis), 8% avouent consommer des psychostimulants afin d'accroître leurs performances scolaires et 10% consomment des médicaments sous ordonnance.

8.6.2 Validité méthodologique

L'échantillon non probabiliste¹ ne permet pas une généralisation des résultats, de plus, seul 8% des interrogés ont répondu et 9% des questionnaires rendus étaient incomplets. C'est une étude transversale qui est donc effectuée à un moment donné, les résultats peuvent différer d'une année à l'autre.

Pour l'analyse des données, les chercheurs ont utilisé le logiciel SPSS¹ 23. Le niveau de signification est de .05 cependant une correction Bonferroni¹ a été utilisée afin d'éviter les erreurs de Type 1. L'alpha corrigé est de .006.

Afin de répondre à la première question de recherche (prévalence d'utilisation de substances chez les étudiants), les chercheurs se sont intéressés à la consommation de cannabis, de psychostimulants (pour booster leurs performances à l'école), de tranquillisants et de drogues dures (cocaïne, ecstasy...) durant les 12 derniers mois. Ils ont également interrogé les participants sur le nombre de fois où ces étudiants ont consommé de l'alcool (cinq verres ou plus par occasion). Les fréquences moyennes et les écarts-types ont été calculés sur les scores globaux.

Des tests t^1 et des analyses de variance (ANOVA¹) ont été effectués pour répondre à la deuxième question de recherche (évaluer la relation entre la consommation de substances et les caractéristiques personnelles). Ils ont utilisé une corrélation de Pearson¹ pour l'âge. Une analyse de régression a été menée avec les variables dont les relations avec la consommation de substances étaient importantes. La consommation de plusieurs substances a été déterminée par un codage fictif de chacune des catégories de substances utilisées au cours de l'année (0 = aucune utilisation, 1 = utilisée). Un total de toutes les substances a été effectué par la suite. Par exemple, si un étudiant affirme avoir consommé de l'alcool et du cannabis, son score était de deux.

Les chercheurs ont utilisé cinq instruments de mesure différents. Pour quantifier la consommation de drogues et d'alcool ils ont utilisé le IMTF survey (Johnston & al., 2014). Pour les questions démographiques, ils ont utilisé le « Social Contexte for Alcohol/Drug Use Scale » (Johnston & al., 2014), le « Student Nurse Stress Index » (Jones & Johnston, 1999) ainsi que le Perceived Faculty Support Index. (Shelton, 2003)

L'anonymat des participants a été respecté grâce à la méthode de collecte de données sur internet. Cependant, les auteurs ne mentionnent pas d'approbation d'un comité d'éthique.

8.6.3 Pertinence clinique

L'étude est basée sur des auto-témoignages de l'année écoulée, les chiffres peuvent ne pas être exacts.

L'étude démontre que même un faible pourcentage d'étudiants consommant des substances peut porter atteinte aux patients et aux collègues. Il faut donc accroître la recherche sur les risques et les programmes de réduction des risques. Une détection précoce du problème est primordiale afin d'éviter une prise en charge dangereuse des patients.

Il est également important d'évaluer les connaissances des élèves sur la consommation de substances lorsqu'ils entrent dans un programme de formation et comment leurs attitudes

peuvent changer après avoir assisté à un cours de prévention. Selon Coleman (1997), les étudiants en pharmacie ayant suivi une formation sur les addictions consommaient moins que les étudiants infirmiers n'en n'ayant jamais reçue.

9. Synthèse des résultats

La consommation de substances dans le domaine des soins infirmiers est un problème réel et multifactoriel. Les résultats des six études fournissent un aperçu de la complexité de la toxicomanie ainsi que de diverses mesures qui aident les infirmières se trouvant dans un programme de suivi.

Les études de Kunky, D., Bowen & al., et Scholze & al. démontrent que le développement d'une addiction comporte des facteurs internes et externes. L'environnement hospitalier incluant le stress, les situations difficiles vécues au travail (mort, douleur, conflits), l'accessibilité aux produits, la mauvaise reconnaissance du métier avec de bas salaires, sont autant de facteurs pouvant mener une personne vers la toxicomanie.

Dans les études de Kunky, D. et Monroe & al., les résultats fournissent la preuve que la prévalence d'une dépendance à une substance est égale, voire inférieure à la population générale. Cependant, le problème peut être perçu comme étant plus important par une infirmière car celle-ci ne se trouve plus en mesure d'assurer la sécurité des patients dont elle a la charge. C'est pour cela que des programmes d'intervention sont nécessaires à la détection précoce, au traitement ainsi qu'à la réinsertion. Toutefois, ces études admettent que la détection du problème est difficile non seulement au vu des représailles que pourraient subir les infirmières dénonçant leurs collègues, mais également de la honte et de la peur des sanctions que pourraient recevoir celles-ci. Bien que les ICUS aient un rôle important à jouer dans la détection du problème, ils sont souvent réticents à intervenir.

Monroe & al. donnent une piste de prise en charge par la méthode alternative à la discipline qui est plus rapide et soigne 75% de cas en plus qu'une approche punitive. Afin d'éviter les rechutes et de favoriser une bonne réinsertion professionnelle, les méthodes visant à renforcer le soutien social et les réseaux sociaux sont d'une grande importance. Les infirmières ayant suivi un programme d'aide se disent plus motivées à garder leur travail et déploient des stratégies adaptées afin d'éviter les rechutes. Selon Scholze & al., le travail de sensibilisation se fait en amont, en réduisant le stress et donc ses effets nuisibles sur le bien-être général.

Toutes les études s'accordent à dire qu'une meilleure formation des ICUS et des employés, la confidentialité ainsi qu'une approche non punitive sont essentielles à une guérison ainsi qu'à la réduction des risques auxquels les patients sont exposés.

10. Discussion

10.1 Discussion des résultats

Cette revue de la littérature avait pour but de répondre à la question de recherche suivante : « Quels sont les facteurs de risques ainsi que les moyens de déceler un comportement inapproprié de l'infirmière en lien avec une consommation excessive de substances ? »

Les résultats de ces recherches mettent en lumière que le plus grand facteur de risque de développer une addiction chez les infirmières est relié aux facteurs internes (prédispositions) ainsi qu'aux conditions de travail contribuant au stress de l'individu. Les résultats d'une revue systémique de la littérature appuie ce fait en indiquant que les facteurs de stress les plus courants rencontrés parmi les infirmières étaient la charge de travail et une charge émotionnelle importante, le manque de reconnaissance du métier, les horaires de travail, le stress associé à la relation avec le patient, ainsi qu'un manque d'autonomie (Hui Min & al., 2013).

Dans les études analysées, aucune ne tient compte des différentes spécialités. Les résultats de la littérature plus ancienne divergent. En effet, selon une étude de Trinkoff et Storr (1998), la prévalence de consommation abusive de substances atteint chez les infirmières 32%. Le service d'oncologie est le plus touché, suivi des infirmières en psychiatrie, celles des urgences et enfin des soins intensifs. Ces chiffres ne peuvent cependant pas se retranscrire à la population actuelle car l'étude a été effectuée il y a 20 ans. Une étude plus récente indique que les services les plus touchés sont ceux des urgences et des grands brûlés. La combinaison des agents stressseurs aigus (décision impliquant la vie ou la mort, violence et agressions) et chroniques (force physique et pressions) avec des journées de travail qui ne se ressemblent pas peuvent mener une infirmière à ressentir une détresse émotionnelle importante (Adriaenssens & al., 2011).

Duffy & al. (2015) démontrent dans leur recherche qu'une stratégie de « coping² » face à ce stress consiste à consommer de l'alcool.

D'après les résultats des études effectuées bien avant celles analysées dans cette revue, la problématique est connue depuis longtemps et peu de progrès ont été réalisés. En effet, une étude menée en 1990 par Kelly et Mynatt avait déjà mis l'accent sur le fait que le stress

est le facteur principal d'une consommation de substances. Elle mentionnait également le problème de l'accessibilité des produits ainsi que des différents moyens utilisés pour les dérober. Dans l'étude de Boulton et O'Connell menée en 2012 sur les étudiants, là encore, les résultats mentionnent que la plupart des infirmières (70%) indiquent avoir consommé des substances (alcool et/ou drogues) de manière abusive durant leurs années d'études. Il est donc probable qu'une lacune dans la formation peut se trouver à l'origine de la problématique.

Les résultats de l'étude de Wright & al. (2012) concordent avec une recherche similaire effectuée il y a 15 ans (Kintz & al., 2002). En effet, cette discipline est particulièrement touchée par le problème car le Fentanyl y est beaucoup utilisé, rendant sa disponibilité plus évidente.

Deux approches primaires ont été identifiées dans les études analysées. La première consiste à intervenir avec des moyens disciplinaires. Si l'infirmière est reconnue comme étant coupable, elle n'a plus le droit d'exercer et aucun programme d'aide ne lui est offert (NCSBN, 2011). De plus, elle n'a plus le droit ni à une assurance maladie, ni aux traitements, et risque même une incarcération. La deuxième approche, quant à elle, consiste en une intégration à un programme d'aide (ATD). Sans conséquences judiciaires, l'infirmière y participant s'engage à quitter la pratique durant une période déterminée pendant le traitement. L'évaluation de la reprise à la pratique se fait par un psychiatre. Les résultats de cette revue s'accordent sur le fait que la difficulté de déceler le problème vient également de la peur des représailles. Les programmes ATD créent un environnement de confiance, ce qui aide les infirmières à s'annoncer sans craintes et permettent un échange avec d'autres personnes souffrant du même problème. Un retour au travail peut impliquer une réduction du temps de travail, une interdiction d'accès aux stupéfiants et un monitoring continu allant de trois à cinq ans. (NCSBN, 2011) L'association des infirmières des États-Unis (ANA) soutient ce groupe et propose ces programmes aux étudiants. Depuis leur création, les infirmières souffrant d'addictions aux substances sont mieux identifiées et prises en charge (Monroe, 2009).

Une surveillance efficace sur le lieu de travail est la clé pour déterminer si une infirmière peut porter préjudice à la sécurité des patients. Cependant, il existe d'importantes lacunes dans le fondement de preuves à apporter pour déterminer si une infirmière est apte à exécuter ses tâches (Young, 2008). De ce fait, non seulement la formation des ICUS devrait être une priorité afin de protéger le public contre les pratiques dangereuses, mais des outils permettant la détection du problème devraient aussi être disponibles (Serra & al., 2007).

Dans leur revue de la littérature, Cadiz & al. (2015) renforcent le fait que les ICUS sont au centre de la protection des patients, car il est de leur devoir éthique et légal d'assurer leur sécurité ainsi que celle des employés. Les auteurs mettent l'accent sur le manque d'outils mis à disposition des ICUS. Afin d'y remédier, ils ont créé une checklist comprenant les items suivants, avec des exemples de cases à cocher :

- absentéisme / changement de comportement au niveau des horaires
 - vient travailler alors qu'il a congé
 - prend des pauses trop longues sans donner d'explications
 - se déclare malade
- performances cognitives
 - oublie comment effectuer certaines tâches simples
 - est incapable de transmettre certaines informations concernant ses patients
 - démontre une confusion lors de l'exécution d'un ordre donné.
- interactions sociales et interprofessionnelles
 - démontre un comportement agressif envers ses collègues et/ou patients
 - répond de manière agressive aux feedbacks négatifs
 - ne respecte pas le secret professionnel
- performances physiques
 - sent l'alcool
 - perd l'équilibre en marchant
 - changement d'intonation de voix
- détournement de médicaments
 - incohérences entre le traitement donné au patient et sa prescription
 - attend qu'il soit seul avant d'ouvrir la pharmacie
 - propose de l'aide à ses collègues pour la distribution des médicaments

En raison du processus rigoureux utilisé pour développer cet outil, les auteurs sont convaincus qu'il est utile pour les ICUS. En effet, il possède quatre forces majeures :

- C'est un outil objectif pour collecter des informations sur le comportement de l'individu
- Il guide la collecte d'information autant pour les situations urgentes que pour celles se décantant avec le temps
- Il utilise un langage clair et spécifique
- Il comprend toutes les informations sur une page format A4 facilitant son utilisation.

10.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Aucune étude n'a été réalisée en Suisse, ni même en Europe. Quatre ont été effectuées aux Etats-Unis et une au Brésil. Ces pays évoluent dans un contexte socio-économique

différent et les conditions de travail pourraient fortement différer de celles présentes en Suisse.

Le sujet principal de toutes les études répondent à la question de recherche, elles ont été publiées durant les cinq dernières années et sont toutes disciplinaires.

A l'exception des études II et V, tous les résultats ont été évalués grâce à de nombreux tests et logiciels statistiques. Les tableaux représentant les résultats sont clairement présentés et décrits dans les études. Seules les valeurs P supérieures à 0.05 sont prises en considération dans les résultats.

Concernant l'éthique, l'acceptation d'un comité a été effectuée pour toutes les études, à l'exception de celle de Monroe & al. pour laquelle cela n'a pas été jugé nécessaire. Un consentement éclairé a été transmis à tous les participants et leur anonymat a été respecté.

10.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comporte plusieurs limites. Premièrement, très peu d'études ont été effectuées sur le sujet et peu de résultats sont disponibles concernant la fréquence ainsi que les différentes substances utilisées. D'autres études permettraient une vue d'ensemble plus détaillée. Deuxièmement, le caractère délicat au niveau éthique de la question de recherche ne permet pas un échantillonnage non biaisé, toutes les recherches étant des études de cas ou de cohortes et comportent donc un faible niveau de preuve. Troisièmement, comme cité dans le point précédent, aucune étude n'a été effectuée en Suisse où les conditions de travail ainsi que les mesures disciplinaires pourraient s'avérer différentes.

De plus, le métier d'infirmière est majoritairement effectué par des femmes. Or, il existe des différences significatives¹ entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la consommation abusive de drogues ainsi qu'en ce qui concerne les dépendances. Dans l'ensemble, les femmes souffrent plus rapidement d'addiction et subissent plus de conséquences néfastes dû à l'abus de substances. En effet, certains résultats démontrent qu'il y a des différences entre les sexes en ce qui concerne l'activation dopaminergique qui serait modifié par les changements hormonaux lors du cycle menstruel (Milsted et al., 2004). Des facteurs psychologiques et socioculturels comme le stress, l'anxiété et l'isolement social entrent également en compte. Les données disponibles démontrent que plusieurs femmes consomment des drogues pour s'auto médicamenter contre la détresse et la douleur (Hensing et Spak, 2009). A cela s'ajoute le fait qu'elles ont moins tendance à intégrer un centre de désintoxication (Greenfield & al., 2007).

Malgré cela, les forces des études sont les suivantes. Elles n'étaient disponibles que contre paiement et ont pu être consultées sur les différentes bases de données grâce à l'accès

donné par une étudiante en médecine. De plus, une piste de solution a pu être trouvée grâce à l'outil permettant aux ICUS de déceler le problème.

11. Conclusion

La problématique est connue dans le domaine des soins infirmiers depuis une centaine d'années. Une infirmière en prise avec une consommation de substances sur son lieu de travail représente un danger pour les patients dont elle a la charge mais également pour ses collègues, ainsi que pour elle-même. Le sujet reste tabou à cause de la honte et la peur des représailles. Ce travail a permis d'identifier les facteurs de risques du développement d'une addiction, de mettre en avant le fait qu'une méthode punitive est délétère et que la meilleure approche consiste en un programme d'aide personnalisé et élaboré en fonction de chaque situation. Il a également permis de constater un vide dans la littérature actuelle en Suisse, et même en Europe. D'autres études sont nécessaires afin d'identifier la prévalence ainsi que des moyens mis en œuvre dans notre pays. Enfin, il a été démontré que plus une addiction est prise en charge précocement, meilleurs en sont les résultats.

11.1 Proposition pour la pratique

Afin d'améliorer la détection du problème par les ICUS, il serait intéressant de les sensibiliser à l'importance des facteurs de stress vécus par les infirmières et d'élaborer des pistes permettant de le réduire. Au niveau individuel, des interventions peuvent être mises en place par des programmes d'aide visant à l'augmentation du bien-être. Certaines organisations promouvant le bien-être par le biais de massages ou d'ateliers de relaxation ont, par exemple, déjà vu le jour aux USA (Tiran, 2004).

Comme décrit dans le cadre théorique, il est primordial d'induire un changement chez la personne atteinte d'addiction. Pour ce faire, le portail des acteurs de la santé, organisme créé par Direction générale de la santé (France), propose des pistes pour la pratique en utilisant la théorie de Prochaska et Di Clemente. Les interventions en fonction de chaque stade consistent à :

- transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques.
- réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient, ainsi que l'évaluation des avantages et des risques de la consommation
- évoquer les raisons de changer
- valoriser toute décision de changement, aider à trouver une bonne stratégie
- soutenir et encourager l'infirmière
- faire une liste des situations à risque de rechute, préparer un système d'alarme en cas de rechute et valoriser les effets

- dédramatiser en cas de rechute et être tolérant avec l'infirmière

(<https://dev.intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-canna-bis/>)

Les outils d'aide à l'identification du problème ainsi que l'élaboration de programmes d'aide seraient donc à développer en Suisse. En Suisse romande, les HUG proposent un programme d'Action en matière d'Addiction et d'Alcoolisme (GRAAL), qui permet à l'employé de traiter son addiction avec l'aide d'un spécialiste en addictologie, tout en ayant la garantie de pouvoir continuer à exercer. Le taux de réussite est de 46% (127 inscrits, autant de femmes que d'hommes) depuis l'ouverture du programme en 1992. (Koller, 2009)

La création de groupes d'aide pour tous les professionnels de la santé pourrait permettre un échange et participer à limiter la stigmatisation.

11.2 Propositions pour la formation

Les cours de la HEdS prennent en compte les troubles addictifs dans la population générale. Il serait intéressant d'y inclure une section sur les risques et les moyens de détection pour les professionnels.

Afin d'élaborer ses connaissances sur le sujet de l'addiction et des composantes sociales environnementales qu'il comprend, la HES-SO propose des certificats et diplômes avancés (CAS et DAS).

Une formation sur le terrain pourrait également permettre aux professionnels d'identifier les signes et symptômes associés à une consommation de substances chez un ou une collègue.

Comme il a été relevé dans l'étude de Boulton & al. (2012), les infirmières touchées par la problématique avaient déjà consommé des substances de manière abusive durant leurs années d'études. Des groupes d'aide pourraient être mis en place dès le début de la formation initiale afin de remédier à la situation.

11.3 Propositions pour la recherche

Comme mentionné précédemment, très peu d'études ont été effectuées sur le sujet dans le monde et, tel qu'évoqué dans la conclusion, aucune recherche n'a été faite en Suisse. D'après Thomas Urben (communication personnelle, 28 mai 2018), travaillant pour d'Addiction Valais, aucune statistique n'est tenue car il serait réducteur à ses yeux d'établir un lien de causalité entre une addiction et sa cause, s'agissant d'un trouble du comportement qui résulte de facteurs bio-psycho-sociaux.

Des recherches complémentaires concernant le type de substance pourraient aider les professionnels à y faire face. Par exemple, une addiction à l'alcool pourrait sembler plus difficile à contrôler au vu de l'accessibilité au produit. De plus, il serait intéressant d'identifier les différences entre les services étant donné que les conditions de travail divergent fortement. L'abus de substances pouvant commencer durant les années d'études, il serait intéressant d'approfondir la recherche concernant la problématique chez les étudiants.

12. Bibliographie

12.1 Etudes retenues

- Boulton, M. A., & O'Connell, K. A. (2017). Past Year Substance Use by Student Nurses: *Journal of Addictions Nursing*, 28(4), 179-187. doi: 10.1097/JAN.0000000000000193
- Bowen, M. K., Taylor, K. P., Marcus-Aiyeku, U., & Krause-Parello, C. A. (2012). An Examination of Stress, Coping, and Adaptation in Nurses in a Recovery and Monitoring Program: *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), 159-166. doi: 10.1097/JAN.0b013e31826f4bd6
- Kunyk, D. (2015). Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 54-64. doi: 10.1111/jonm.12081
- Monroe, T, B. Kenega, H. Dietrich, M, S. Carter, M, A. Cowan, R, L. (2013). The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs. *Nursing Research*, 62(1), 10-15. doi : 10.1097/NNR.0b013e31826ba3c
- Scholze, A.-R, Martins, J.-T, Galdino, M.-J, Ribeiro, R.-P. (2017). Occupational environment and psychoactive substance consumption among nurses. doi : 10.1590/1982-019420170006060
- Wright, E. L., McGuinness, T., Schumacher, J. E., Zwierling, A., & Moneyham, L. D. (2014). Protective Factors Against Relapse for Practicing Nurse Anesthetists in Recovery From Anesthetic Opiate Dependency: *Journal of Addictions Nursing*, 25(2), 66-73. doi: 10.1097/JAN.0000000000000026

12.2 Sources secondaires

- Acker, F. (2005). Dynamique professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 328.
- Addiction Suisse (2014). Alcool au travail : savoir réagir. *Un guide pour les cadres*. Repéré à : <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/substances-et-comportements/439-alcool-au-travail-sav-reagir.html>
- Addiction Suisse (s.d.) Problème dépendance. Repéré à : <http://www.addiction-suisse.ch/aide-et-conseil/probleme-addiction/>
- Alila Medical Media en Français. (2017). *Mécanisme de Dépendance dans le Cerveau, Animation*. [vidéo en ligne] repéré à : <https://www.youtube.com/watch?v=Gsy1XBRcfGo>
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229-243. doi: 10.1093/alcalc/agn115

- Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick (2003). Reconnaître et gérer les problèmes d'abus de substances au sein de la profession infirmière.
- Association Suisse des Infirmiers et Infirmières — Section Vaud. (2012). *Rapport annuel de 2012: politique de santé* (p.8). Lausanne: ASI – Section Vaud.
- Axess. (2009). *Neurosciences de l'addiction*. Berne.
- Barra, A. (2014). L'enjeu mondial du déficit d'infirmières. Repéré à : <https://www.le-temps.ch/economie/2014/12/18/enjeu-mondial-deficit-infirmieres>
- Bortolon, C. B., de Campos Moreira, T., Signor, L., Ferigolo, M., Guahyba, B. L., Tannhauser Barros, H. M. & Rizzieri Figueiró, L. (2016, Octobre). Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 1-11.
- Brown, J. G., Trinkoff, A., & Smith, L. (2003). Nurses in recovery: The burden of life problems and confidence to resist relapse. *Journal of Addictions Nursing*, 14(3), 133-137.
- Caria, A. (2016). *Troubles addictifs*. Repéré à : www.psychologie.com.org/file/download/22178/310017/.../troublesAddictifs_12-16_Web.pdf
- Cadiz D.M., Truxillo D.M. & O'Neill C. (2015) Common risky behaviours checklist : a tool to assist nurse supervisors to assess unsafe practice. *Journal of Nursing Management* 23, 794–802. doi: 10.1111/jonm.12214
- Cadiz D.M., Truxillo D.M. & O'Neill C. (2012) Evaluation of a training program for nurse supervisors who monitor nurses in an alternative-to-discipline program. *Advances in Nursing Science*, 35, 135–144.
- Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Travail en rotation. (2017) Repéré à : <http://www.cchst.com/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html>
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini, A., & Fleury, M.-J. (2015). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. *Prévalence, utilisation des services de bonne pratique*. Repéré à : http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf
- Church, O.M. (1985). Sairey gamp revisited: A historical inquiry into alcoholism and drug dependency. *Nursing Administration Quarterly*, 9(2), 15–19.
- Coucq, T. (2013). *Sur les pas des femmes en blanc*. Repéré à : <https://www.saint-luc.be/services/infirmiers/journee-infirmiere.pdf>
- Cochrane Suisse. *Les revues systématiques*. (2016). Repéré à : <http://swiss.cochrane.org/fr/les-revues-syst%C3%A9matiques-systematic-reviews>
- Doe, J. (2012). My Story : How one Percocet Prescription Triggered my Addiction. 8(4), 327-330. doi : 10.1007/s13181-012-0268-5
- Dubois, C. (2013). Une nouvelle enquête sur le stress des infirmières. Repéré à : <http://www.actusoins.com/13382/des-infirmieres-stressees.html>

- Dubouloz, C. (2017). Une initiative fédérale pour lutter contre la pénurie du personnel infirmier. Repéré à : <https://www.letemps.ch/suisse/2017/01/17/une-initiative-federale-lutter-contre-penurie-personnel-infirmier>
- Dunn D. (2005) Substance abuse among nurses – intercession and intervention. *AORN Journal* 82, 777–799.
- FO Santé. (2012). 12 heures de travail, un an après : 3 infirmières témoignent. Repéré à : <http://fo-sante.org/2012/11/12-heures-de-travail-un-an-apres-3-infirmieres-temoignent/>
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Giorio, M.-T. (2013). Test d'inventaire de Burn Out de Maslach : pour diagnostiquer un épuisement professionnel. Repéré à : <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/test-inventaire-burn-out-maslach-diagnostiquer-epuisement-professionnel/>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kroop, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hein, D. et Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21.
- Hache, P. (2003). Pratiques addictives en milieu de travail. *Principes de prévention*. Paris : INRS
- Hensing, G. et Spak, F. (2009). Introduction: Gendering socio cultural alcohol and drug research. *Alcohol and Alcoholism*, 44(6), 602-606.
- IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans (2010). Ingested nitrate and nitrite, and cyanobacterial peptide toxins. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.* 2010; 94, 1-412
- Kalke, J. (2009). Wirksame verhaltenspräventive Maßnahmen an bundesdeutschen Schulen, pp. 117–134. *Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch, Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. IV*, Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Koller, A. (2009). Hopitaux universitaires de Genève. *Le GRAAL élargit sa mission*. Repéré à : http://www.hcuge.ch/~infotec/rapport_activites_2009/files/pdfs/p1109_p16.pdf
- L'enjeu mondial du déficit d'infirmières. (2014). *Le Temps*. Consulté à l'adresse <https://www.letemps.ch/economie/lenjeu-mondial-deficit-dinfirmieres>
- Lelièvre, N. (2009). Définition du rôle propre de l'infirmier. Repéré à : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/definition-du-role-propre-infirmier.html>
- Lévesque-Barbès, H., & Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Perspective de l'exercice de la profession d'infirmière*. Westmount, Qué.: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/232420>

- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Maher-Brisen, P. (2007). Addiction: An occupational hazard in nursing Help is available. *The American Journal of Nursing*, 107(8), 78Y79.
doi:10.1097/1001.NAJ.0000282302.0000249183.0000282367.
- Milsted, A., Serova, L., Sabban, E. L., Dunphy, G., Turner, M. E. et Elv, D. L. (2004). Regulation of tyrosine hydroxylase gene transcription by Sry. *Neuroscience Letters*, 369(3), 203-207.
- Monroe, T. Kenega, H. (2010). Don't ask don't tell. Substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 1(5).
- Monroe, T., Pearson, F. (2009). Treating nurses and student nurses with chemical dependency: Revising policy in the United States for the 21st century. *International journal of mental health and addiction*, 7(4), 530-540.
- Morel, A. Couteron, J.P. Fouilland, P. (2010), *L'aide-mémoire d'addictologie*. Paris: Dunod.
- National Council of State Boards of Nursing. (2001). Chemical dependency handbook. Repéré à : https://www.ncsbn.org/chem_dep_handbook_intro_ch1.pdf
- National Council of State Boards of Nursing. (2010). Board of nursing discipline survey results. Repéré à : https://www.ncsbn.org/Discipline_Survey_Results.pdf
- Office Fédéral de la Santé Publique (2012). *La politique suisse des 4 piliers en matière de drogue*. Repéré à : <http://relier.relais.ch/wp-content/uploads/2017/03/La-politique-des-4-piliers.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V : Troubles mentaux et troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Consommation d'alcool. Repéré à : http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/
- Organisation Mondiale de la santé (2004). Organisation du travail et stress. *Approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*. Repéré à : http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/fr/
- Organisation mondiale de la santé (2017). Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. *Syndrome de la dépendance*. Repéré à : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
- Prochaska, DiClemente,(1994). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood,
- Provencher, H. L. (2007). Role of psychological factors in studying recovery from a transactional stress-coping approach: Implications for mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 188Y197.

- Schwendimann, R., Widmer, M., Geest, D., & Ausserhofer, D. (2014). Situation du personnel soignant hospitalier en Suisse en comparaison européenne. Observatoire suisse de la santé. Consulté à l'adresse http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.2_Pflege_und_Pflegeforschung/Obsan_BULLETIN_2014-03_f.pdf
- SECO (2011). Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse. *Liens entre conditions de travail, caractéristiques personnelles, bien-être et santé*. [Brochure]. Suisse : Secrétariat d'Etat à l'économie SECO
- Sinha R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse ? *Psychopharmacology*, 158, 343-59. doi: [10.1007/s002130100917](https://doi.org/10.1007/s002130100917)
- Straif, K., Gaudin, N. (2007). IARC Monographs Programme finds cancer hazards associated with shiftwork, painting and firefighting. Repéré à : <http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2007/pr180.html>
- Tiran, D., Chummun, H. (2004). Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 10(3), 162-7.
- Talbert J.J. (2009). Substance abuse among nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13, 17-19.
- Taylor, A. (2003). Support for nurses with addictions often lacking among colleagues. *American nurse*, 35, 10-11.
- Towsend, M.C. (2010). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*, 2e édition, France : Erpi.
- Truchon, S. (2006). *L'infirmière et les problèmes d'abus de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques*. Repéré à : <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/linfirmiere-et-les-problemes-dabus-de-substances-intoxica>
- Venizelos, V. (2017). Rapport de la Commission Thématique de la Santé Publique. *Postulat Yvan Pahud et consorts - Reconnaissance et conditions cadres pour les infirmières et infirmiers*. Repéré à : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/2017-2022/17_POS_229_RC.pdf
- West, M.M. (2002). Early risk indicators of substance abuse among nurses. *Journal of nursing scholarship*, 34(2), 187-193.
- Young, L.J. (2008). Education for worksite monitors of impaired nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 32(4), 331-337.
- Zobel, F., Broers, B. (2015). L'épidémie d'abus d'opioïdes de prescription aux Etats-unis, cela nous concerne-t-il aussi ? *Dépendances*, 55, 15-17.

Articles de loi :

- Art. 1 du Code de la Santé Publique sur l'exercice de la profession du 3 janvier 2008 (Article 4311-1)
- Art. 2 du Code de la Santé Publique sur l'exercice de la profession du 3 janvier 2008 (Article 4311-2)

13. Glossaire

13.1 Glossaire méthodologique

Alpha de Cronbach : l'alpha est une valeur numérique associée au risque d'erreur en rejetant une hypothèse nulle qui, en réalité, est vraie. Le coefficient α de l'alpha de Cronbach est un indice de fidélité évaluant la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. Il est utilisé quand il y a plusieurs choix d'établissement des scores, comme dans l'échelle de Likert. Il détermine jusqu'où les énoncés de l'échelle mesurent un concept donné de la même façon (Fortin et Gagnon, 2010, p. 408-409).

ANOVA (analyse de la variance) : test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe (Fortin et Gagnon, 2010, p. 523).

Biais : « Variable qui fausse le résultat d'une étude » (Loiselle, p.44).

Coefficient alpha de Cronbach : « Indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous parties » (Loiselle, p.332).

Correction Bonferroni : « Méthode utilisée pour corriger le seuil de significativité¹ lors de comparaisons multiples » (Miles, 2007)

Coefficient de corrélation de Pearson : « Coefficient de corrélation très utilisé, exprimant la valeur de la relation entre deux variables mesurées au minimum sur une échelle à intervalle » (Loiselle, p.366).

Échantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle, p.60).

Echantillonnage : « Processus de sélection d'une partie de la population, de telle sorte que cette partie représente la totalité » (Loiselle, p.265).

Échantillon non probabiliste : issue d'une méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire, non aléatoire (Loiselle, 2007, p. 267).

Entretien semi-structuré : « Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant, sans avoir de questions précises à poser. » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 598)

Etude transversale : « Etude dont les données sont recueillies à un moment précis dans le temps. Elle sert à décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés. » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 599)

Erreur de type I : Il se produit une « ou erreur alpha » lorsque le test statistique de l'hypothèse mène à rejeter une hypothèse nulle alors qu'elle est vraie. La valeur p^1 indique les risques encourus de commettre une erreur de type I en acceptant la différence entre les traitements, lorsqu'en réalité, il n'y avait aucune différence. (uOttawa, s.-d.)

Erreur de type II : Il se produit une « erreur de type II ou une erreur bêta » lorsqu'on omet de rejeter une hypothèse nulle et que cette-ci est en réalité fausse, puis que l'étude ne réussit pas à faire ressortir la véritable différence. Cela reflète l' « efficacité » de l'étude, ce qui, dans une grande mesure, dépend de son envergure : comme de nombreux véhicules, les petites études manquent d'efficacité. (uOttawa, s.-d.)

Logiciel SPSS : Logiciel d'analyse statistique (Statistical Package for the Social Sciences) (SPSS, 2016)

MANOVA : « il s'agit d'une extension de l'ANOVA permettant de prendre en compte une combinaison de variables dépendantes plutôt qu'une variable dépendante unique. L'avantage de l'utilisation d'une MANOVA au lieu de plusieurs ANOVA simultanées réside dans le fait qu'elle prend en compte les corrélations entre les variables réponses et permet ainsi une meilleure utilisation des informations provenant des données (« Analyse de Variance Multivariée (MANOVA) », 2017)

Médiane : « Statistique descriptive qui mesure la tendance centrale et représente la valeur qui se situe exactement au milieu dans une répartition de score ; la moitié des données se trouvent au-dessus de la médiane, l'autre moitié au-dessous » (Loiselle, p.360).

Méta-analyse : « Technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné » (Loiselle, p.150).

Méta-synthèse : « récits généraux, généralisations ou traduction interprétatives produits à partir de l'intégration ou de la comparaison des conclusions de nombreuses études qualitatives. » (Loiselle, p. 151)

Niveau de signification p : « La probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle. Ce niveau est déterminé à partir des résultats obtenus. » (Fortin, p.600).

Opérateur booléen : « Termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots-clés dans un repérage documentaire » (Fortin, p.600).

Recherche qualitative : « Analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle, p.17).

Recherche quantitative : « Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précise, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (Loiselle, p.17).

Régression logistique : « Technique de régression multiple destinée à analyser les relations entre des variables indépendantes multiples et des variables dépendantes nominales ; on emploie aussi le terme *analyse logit* » (Loiselle, p.386). Prévention du syndrome de sevrage alcoolique et de l'état confusionnel aigu.

Significativité : « Expression indiquant que les résultats de l'analyse des données ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (Loiselle, p78).

Test du Khi carré : « Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables au niveau nominal ; symbolisé par X^2 » (Loiselle, p.278).

Test t : « Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques » (Loiselle, p.374).

Variable : « Caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs » (Loiselle, p.36).

Variable dépendante : « Variable, qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable » (Loiselle, p.37).

Variable indépendante : « Variable, qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci » (Loiselle, p.37).

13.2 Glossaire technique

Acide gamma-aminobutyrique (GABA) : « c'est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central chez les mammifères et les oiseaux. Chez les insectes, il est présent dans tout l'organisme. C'est un neuromodulateur² reconnu comme étant inhibiteur chez l'adulte mais excitateur lors du développement embryonnaire humain. Il joue un rôle important chez l'adulte en empêchant l'excitation prolongée des neurones. Il possède par ailleurs un rôle neurotrophique, c'est-à-dire qu'il favorise la croissance de certains neurones. » (Dunod, 2009)

Aire tegmentale ventrale : « un groupe de neurones situés en plein centre du cerveau, cette est importante dans le circuit de la récompense. Elle intervient dans la motivation et certains processus cognitifs. Elle est également impliquée dans des pathologies comme la dépendance et certains troubles psychiatriques. » (Dunod, 2009)

Amygdale : c'est un noyau en forme d'amande constituant une partie du cerveau. Plus précisément, il en existe deux, situées de part et d'autre de l'hippocampe, dans le lobe temporal. Elles jouent un rôle fondamental dans le décodage des émotions. Ses fonctions principales concernent les activités végétatives, émotionnelles et sexuelles (Dunod, 2009)

Dopamine : « la dopamine crée un terrain favorable à la recherche de plaisir ou d'émotions, à l'état d'alerte, au désir sexuel. À l'inverse, lorsque la synthèse ou la libération de dopamine est perturbée, on peut voir apparaître démotivation, voire dépression. » (Soucar, 2015)

Neurotransmetteur : « Un neurotransmetteur (ou neuromédiateur) est une molécule chimique qui assure la transmission des messages d'un neurone à l'autre, au niveau des synapses. La molécule libérée par un neurone lors d'une stimulation se fixe à un récepteur sur un autre neurone, ce qui entraîne la transmission de l'influx nerveux, ou à un récepteur sur une cellule cible, ce qui entraîne divers effets dans un organe. » (Soucar, 2015)

Stratégie de coping : « Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources » (www.psychomedia.cq)

14. Tableau de recension de l'étude I

Etude I : Kunyk, D. (2015). Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 54-64. <https://doi.org/10.1111/jonm.12081>

<p>Type d'étude ou devis : Etude de cas témoins Exploratoire descriptive Transversale</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 4</p>	<p>Echantillon : N = 4064 infirmières qui ont répondu à un sondage sur internet</p> <p>Echantillonnage : Non probabiliste par convenance</p> <p>Critères d'inclusion : infirmières diplômées à Alberta</p> <p>Critères d'exclusion : étudiantes infirmière</p>	<p>But : Investiguer la prévalence de consommation de substances auprès des infirmières, la mauvaise pratique ainsi que la santé des infirmières.</p> <p>Question de recherche : Non formulée.</p> <p>Variables : VI : age, genre, niveau de formation, statut et type d'emplois.</p> <p>VD : mesure de l'état mental et de santé, consommation de substance durant les 12 derniers mois, faculté de pratiquer affaiblie, perception des infirmières à avoir une faculté de pratiquer affaiblie.</p>	<p>Concepts, Cadre théorique, Cadre de référence : Checklist de comportements à risque.</p> <p>Infirmières capables d'exercer, toxicomanie, pratique à risque</p>	<p>Méthode de collecte des données : Sondage sur internet via Facebook, UNA et CARNA ainsi qu'une newsletter envoyé par mail aux infirmières d'Alberta.</p> <p>Mesures prises afin de garantir l'anonymat : Questions démographiques limitées au minimum. Réponse aux questions via internet ou par téléchargement d'une copie. Mot de passe pour l'accès au questionnaire</p> <p>Ethique : Approuvé par le Health Research Ethics Board à l'Université d'Alberta.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les conventions standards pour cette étude est de 0.8. Une P-value de ≤ 0.05 a été choisie pour cette étude. Selon ces paramètres il a été calculé qu'un échantillon de 2380 devait être pris afin d'éviter une erreur de Type I et Type II.</p> <p>Logiciel statistique : SF-12v12 Health Survey</p>	<p>Résultats : La prévalence de consommation d'alcool est de 6% contre 9% pour la population générale ayant une formation secondaire. La prévalence de consommation de drogue (1.9%) est semblable à la population générale (2%) mais supérieure à la population ayant une formation secondaire (1.7%). La prévalence de la dépendance (0.9%) et de la consommation abusive (1%) de drogue pour les infirmières est plus grande que les chiffres pour les femmes en générale qui sont dépendante (0.04%) et qui consomme de manière abusive (0.8%).</p> <p>Conclusion : Les résultats démontrent la prévalence de consommation de substances des infirmières. L'environnement hospitalier n'aide pas à la réduction des risques ainsi qu'au soutien des infirmières souffrant d'addiction. Les ICUS ont un rôle important à jouer. La confidentialité ainsi qu'une approche non punitive sont essentielles. Une politique efficace à la capacité de créer des conditions pour sensibiliser, réduire la stigmatisation, encourager la détection précoce, soutenir le retour au travail et anticiper les rechutes tout en travaillant avec des preuves fondées au sujet des consommations de substances.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Faible taux de réponse dû au sujet délicat L'échantillonnage fait que ce n'est pas représentatif. Les infirmières souffrant de dépendances était peut-être plus motivées à y répondre. D'autres participants auraient pu répondre au questionnaire étant donné qu'il se trouvait sur internet. Certains auraient pu y répondre plusieurs fois.</p>
---	--	---	--	--	--	---

15. Tableau de recension de l'étude II

Etude II : Monroe, T, B. Kenega, H. Dietrich, M, S. Carter, M, A. Cowan, R, L. (2013). The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs. *Nursing Research*, 62(1), 10-15. doi : 10.1097/NNR.0b013e31826ba3c

Type d'étude ou devis : Etude de cohorte Para-digme: Positiviste Niveau de preuve : 4	Echantillon : Le nombre total des infirmières en fonction en 2008 et 2009 a été utilisé comme dénominateur en utilisant le National Survey of Registered Nurses. Echantillonnage : Aléatoire stratifié Critères d'inclusion : être employée aux USA entre 2008 et 2009	But : estimer sur une année aux USA, la prévalence des infirmières ayant besoin d'une aide en lien avec une consommation de substance et de comparer les résultats avec la population générale. Variables : VI : population par état, nombre d'infirmières par état, nombre total d'infirmières, nombre moyen d'infirmières par état, nombre d'employées étant dans un programme d'ATD	Concepts, Cadre théorique, cadre de référence : Addiction Épidémiologie Programme d'aide Problème de consommation de substance	Méthode de collecte des données : Collecte effectuée sur l'année 2009. Estimation du nombre d'infirmières identifiées et inscrites dans un programme disciplinaire. Utilisation d'un échantillonnage stratifié ainsi les données des programmes ATD afin d'estimer le nombre d'infirmières se trouvant dans ces programmes. Ethique : L'étude a été accordée comme exemptée par l'Université de Centre de Science et de Santé du Tennessee car elle n'a pas impliqué de sujets humains et a utilisé des données anonymes.	Méthode d'analyse : Utilisation des données de la NCSBN (2010) pour estimer le nombre d'infirmières. Utilisation d'une technique d'échantillonnage stratifié (Trinkoff & Storr, 1997) ainsi que des données des programmes ATD afin d'estimer le nombre d'infirmières se trouvant dans ces programmes. Utilisation du NSDUH afin de déterminer les chiffres de la population générale recevant un traitement.	Résultats : 0,51% des infirmières aux USA présentaient un problème de consommation de substances en 2009. La prévalence des infirmières engagées dans des programmes d'aide était de 0.36%. Bien que chaque Conseil d'Etat ait un programme de contrôle disciplinaire seule 73% de ces juridictions ont des programmes alternatifs. La prévalence des infirmières souffrant d'addiction nécessitant une intervention est plus basse que ceux qui indiquent recevoir un traitement dans la population générale (0.51% vs. 1.0%). Conclusion : Les programmes ATD ont un meilleur impact sur que les programmes disciplinaires car les programmes ATD identifient plus d'infirmières souffrant d'addiction et les éloignent donc des patients. Force de l'étude : L'échantillonnage est approprié afin de fournir des données basées sur la population générale. Faiblesses de l'étude : La véracité des données prises sur les différents programmes n'a pas pu être démontrée. L'échantillonnage inclus des biais de recrutements. De plus l'efficacité des ATD et des programmes d'aide n'est qu'à ses débuts. La communication et la documentation des données sur la consommation de substances chez les infirmières ne sont pas encore simplifiées. Seules les infirmières étant dans un programme d'ATD étaient incluses. Beaucoup d'autres ont déjà été licenciées. L'étude s'est faite sur 2 ans, peut-être d'autres cas n'étaient pas en fonctions à ce moment.
---	---	--	---	--	---	--

16. Tableau de recension de l'étude III

Etude III : Bowen, M. K., Taylor, K. P., Marcus-Aiyeku, U., & Krause-Parello, C. A. (2012). An Examination of Stress, Coping, and Adaptation in Nurses in a Recovery and Monitoring Program: *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), 159-166. <https://doi.org/10.1097/JAN.0b013e31826f4bd6>

<p>Type d'étude ou devis : Descriptive Transversale</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 4 : faible niveau de preuve</p>	<p>Echantillon : 82 personnes (12 hommes et 70 femmes)</p> <p>Echantillonnage : Echantillonnage par choix raisonné.</p> <p>Critères d'inclusion : infirmières qui sont actuellement dans le RAMP, de plus de 18 ans, qui parle et écrivent en anglais.</p>	<p>But : Identifier les relations entre le stress, les programmes d'aide, le bien-être des infirmières se trouvant dans le programme RAMP.</p> <p>Questions de recherche : Quelle est la relation entre le stress et le support social ? Quelle est la relation entre le support social et le bien-être ? Quelle est la relation entre le stress et le bien-être ? Est-ce que le support social a bon effet sur les relations entre le stress et le bien-être ?</p> <p>Variables : (VI-VD) Age, genre, religion, culture, statuts matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'éducation, nombre d'années dans le programme RAMP, histoire de l'addiction, environnement du domaine de travail, ATCD familiaux d'addiction et interprétation personnelle à propos du programme.</p>	<p>Concepts, Cadre théorique, cadre de référence : Infirmière, Addiction aux substances Politique Problèmes dans la pratique</p> <p>Stress et coping chez les infirmières</p>	<p>Méthode de collecte des données : Un questionnaire de 16 questions a été donné aux participantes concernant les données personnelles. Un deuxième questionnaire évaluant le stress, le soutien social et le bien-être a été donné.</p> <p>Ethique : Il fallait d'abord recevoir les droits de la Kean University de recevoir les données des personnes. Les groupes de soutien ayant accepté de participer ont reçu une lettre qu'ils devaient transmettre aux membres. Ceux-ci ont dû par la suite, signer un consentement</p>	<p>Méthode d'analyse : Données analysées par le Pearson product-moment. Utilisation d'un test t bilatérale pour déterminer un niveau de signification de .05.</p> <p>Logiciel statistique : Les données sont analysées avec le logiciel SPSS 2010</p>	<p>Résultats : Le stress a un impact sur le bien-être physique, psychique et émotionnel. Les individus qui ont un niveau de stress plus élevé sont plus susceptibles de développer des conduites addictives. Ce n'est pas la profession de l'infirmière mais la combinaison de plusieurs facteurs qui mènent à l'addiction. De plus le retour au travail est souvent difficile du au jugement des collègues. La littérature stipule que d'avoir de bonnes relations sociales masquerait la solitude mais que la famille pourrait avoir un mauvais impact sur le bien-être.</p> <p>Conclusion : Le stress ainsi que les comportements inadaptés peuvent déboucher sur la toxicomanie. Les résultats démontrent des différences au niveau du soutien social des infirmières notamment dans les programmes d'aide. Des recherches complémentaires doivent être faites pour trouver les meilleures méthodes de réinsertion des infirmières.</p> <p>Force de l'étude : Etude faite sur des infirmières ayant souffert de toxicomanie.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Que trois choix disponibles pour le support social : famille, amis, et autres. Les informations telles que les moyens financiers ne sont pas évalués. Les services tels que les AA ou RAMP ne sont pas analysés dans l'étude. Les variabilités dans la prise en charge entre femmes et hommes ne sont pas prises en compte. Différences entre hommes et femmes.</p>
---	---	---	--	--	---	---

17. Tableau de recension IV

Etude IV : Scholze, A.-R, Martins, J.-T, Galdino, M.-J, Ribeiro, R.-P. (2017). Occupational environment and psychoactive substance consumption among nurses. doi : 10.1590/1982-019420170006060

<p>Type d'étude ou devis : Transversale</p> <p>Paradigme: Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 4</p>	<p>Echantillon : N=221 Infirmières de trois hôpitaux publics dans une ville du sud du Brésil.</p> <p>Echantillon-nage : Aléatoire stratifié</p> <p>Critères d'inclusion : Avoir travaillé dans l'institution pendant au moins un an et ne pas être sur le point de partir.</p>	<p>But : Analyser la relation entre l'environnement et la consommation de substances psychoactives</p> <p>Question de recherche : Non formulée</p> <p>VI : Age, sexe, statut marital, activité physique, niveau d'éducation, revenu, nombre de jours et d'heures de travail, secteur d'activité</p> <p>VD : consommation de substances (tabac, alcool, marijuana, cocaïne, stimulants, sédatifs, hallucinogènes, opioïde)</p>	<p>Concepts, Cadre théorique, Cadre de référence :</p> <p>Environnement de travail, boissons alcoolique, drogues, consommation de substances, infirmières</p>	<p>Méthode de collecte des données : Collecte de donnée faite entre octobre 2015 et avril 2016. Les infirmières ont rempli trois questionnaires de manière anonyme. Le premier concernant les caractéristiques sociodémographiques, le deuxième concernant l'environnement et le troisième concernant la consommation. Réponses enregistrées sur un échelle de Liker.t</p> <p>Ethique : Les participants ont dû se rendre dans une pièce annexe et déposer une enveloppe dans une boîte de façon à préserver leur anonymat.</p>	<p>Méthode d'analyse : Des analyses descriptives ont été développées en utilisant des fréquences absolues et relatives pour les variables. Afin d'analyser la relation entre la consommation et les VD, une corrélation de Spearman a été utilisée avec une signification de $p < 0,05$.</p> <p>Logiciel statistique : Statistical Package for Social Sciences, version 20.0.</p>	<p>Résultats : Le manque d'autonomie de l'infirmière a été déclaré comme facteur aggravant le stress et amenant à une consommation de substances. Alcool, tabac et médicaments sédatifs sont les substances les plus utilisées. Les infirmières hospitalisées dans les petits hôpitaux ($p=0.01$) consomment plus que celles qui le sont dans de plus grands hôpitaux ($p=0.03$). Les infirmières indépendantes sont également moins à risque</p> <p>Conclusion : Plus l'environnement de travail des infirmières est mauvais, notamment dans la relation avec les médecins, l'organisation et l'autonomie, plus la consommation est accrue.</p> <p>Faiblesses de l'étude : L'échantillonnage limite la généralisation des résultats. Le fait que le questionnaire soit rempli personnellement peut ne pas correspondre à la réalité. Les femmes sont généralement mal représentées dans le domaine du travail.</p>
---	---	---	--	---	---	--

18. Tableau de recension de l'étude V

Etude V : Wright, E. L., McGuinness, T., Schumacher, J. E., Zwerling, A., & Moneyham, L. D. (2014). Protective Factors Against Relapse for Practicing Nurse Anesthetists in Recovery From Anesthetic Opiate Dependency: *Journal of Addictions Nursing*, 25(2), 66-73. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000026>

Type d'étude ou devis : Recherche descriptive qualitative Para-digme: Naturaliste Niveau de preuve : 4	Echantillon : 24 infirmières anesthésistes ont contacté le chercheur. 11 d'entre elles entraient dans les critères et 6 ont retourné le formulaire de consentement éclairé. Echantillonnage : Par choix raisonné Critères d'inclusion : Infirmières anesthésistes ayant une expérience avec une dépendance aux opiacés, ayant subi un traitement et retiré de la profession durant au moins huit mois et retournée travailler par la suite. Abstinents depuis au moins cinq années consécutives	But : Explorer et identifier les facteurs associés au retour au travail et la rémission d'une addiction aux opioïdes chez les infirmières anesthésistes. Variables : (VI-VD) VI : Age, durée de pratique, temps avant d'être découvert, choix d'opioïde, genre, durée de sobriété, utilisation de Naltrexone, maladies mentales associées.	Concepts, Cadre théorique, cadre de référence : Infirmières anesthésiste Dépendance aux opiacés Rémission Rechute	Méthode de collecte des données : Participant·es recruté·es sur internet via une publicité mise sur le site « Anesthetists in Recovery ».	Méthode d'analyse : L'analyse du contenu a été utilisée pour catégoriser systématiquement et objectivement ce que les participants ont appelé des facteurs contribuant à prévenir les rechutes. Ce type d'analyse peut être appliqué à plusieurs variétés de communication telles que les médias, les mots écrits, et dans ce cas, le récit verbal (Neuendorf, 2002) et est une technique préférée pour l'analyse des données qualitatives (Sandelowski, 2000)	Résultats : Les hommes buvaient tous de l'alcool et ont consommé différentes drogues dans leur jeunesse. Une femme a décrit la même situation alors que les deux autres buvaient rarement et n'ont jamais consommé de substances avant l'âge de 40 ans. Une d'entre elle a commencé après une blessure. Le Fentanyl était la première drogue utilisée pour 5 participants, bien que certains utilisaient d'autres analgésiques selon leur disponibilité. Ils sont sobres depuis 10,7 ans en moyenne (entre 8 et 16,4 ans). Conclusion : Les résultats démontrent certains facteurs personnels et externes qui protègent d'une rechute et qu'il faut beaucoup de force mentale pour ne pas succomber. La quasi-totalité des participants ont été d'accord sur le fait que la procédure de douze étapes était cruciale pour leur guérison. Force de l'étude : L'étude illustre la force qu'il faut avoir afin de prévenir la rechute et démontre qu'il y a de l'espoir pour d'autres personnes qui souffriraient du même problème. Les résultats aident également à informer les personnes qui ne sont pas concernées. Faiblesses de l'étude L'échantillonnage ne permet pas de généraliser les résultats. La parole de ceux qui n'ont pas pu retourner au travail pourrait amener une autre facette du problème bien qu'il soit difficile d'accéder à leurs témoignages.
--	--	---	--	---	--	--

19. Tableau de recension de l'étude VI

Etude VI : Boulton, M. A., & O'Connell, K. A. (2017). Past Year Substance Use by Student Nurses: *Journal of Addictions Nursing*, 28(4), 179-187.
<https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000193>

<p>Type d'étude ou devis : Etude transversale, corrélationnelle</p> <p>Para-digme: Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 4</p>	<p>Echantillon : 4,452 participants dont 419 ont été supprimés car n'ont pas complété l'entier du questionnaire.</p> <p>Echantillonnage : Non probabiliste par convenance</p> <p>Critères d'inclusion : étudiants infirmier membre du NSNA</p>	<p>But : Déterminer le nombre d'étudiants infirmiers consommant des substances de manière abusive.</p> <p>Question de recherche : Quelle est la prévalence d'abus de substances chez les étudiants infirmiers.</p> <p>Quelle est la relation entre une consommation de substance et des caractéristiques personnelles.</p> <p>Variables : (VI-VD) VI : âge, genre, race, statut matrimonial, né aux USA, type et année de formation</p> <p>VD : substance</p>	<p>Concepts, Cadre théorique, cadre de référence :</p> <p>Alcool, Drogues illégales,</p> <p>Etudiants infirmiers,</p> <p>Consommation de substance</p>	<p>Méthode de collecte des données : Questionnaire transmis aux étudiants, demandant leur consommation de cannabis, de psychostimulants ainsi que d'autres drogues illégales. Une question portait également sur le nombre de fois qu'il buvait de manière abusive (cinq verres ou plus par occasion)</p> <p>Ethique : Anonymat des participants respecté. Aucune mention d'un comité d'éthique</p>	<p>Méthode d'analyse : Le niveau de signification est de .05 mais une correction Bonferroni a été utilisée afin d'éviter les erreurs de Type 1. L'alpha corrigé est de .006.</p> <p>Utilisation d'un t test et analyse de variance. Corrélation de Pearson utilisée sur la VI de l'âge. Régression sur les variables concernant la consommation abusive</p> <p>Logiciel statistique : SPSS Version 23</p>	<p>Résultats : La consommation abusive d'alcool est présente chez 61% des étudiants, 18% avouent consommer du cannabis, 5% consomment des drogues illégales (autres que le cannabis), 8% avouent consommer des psychostimulants afin d'accroître leurs performances scolaires et 10% consomment des médicaments sous ordonnance. Les étudiants de moins de 28 ans, blancs, masculins, nés aux USA ou célibataires déclarent avoir un plus haut taux que les autres étudiants.</p> <p>Conclusion : Les résultats démontrent que les étudiants infirmiers utilisent moins de drogues que les autres étudiants mais tendent à boire plus. Des recherches supplémentaires doivent être faites sur les effets ainsi que sur la réduction des risques de cette consommation sur les formations d'infirmiers.</p> <p>Force de l'étude : L'étude démontre que même un faible pourcentage d'étudiants consommant des substances peut porter atteinte aux patients et aux collègues. Il faut donc accroître la recherche sur les risques et les programmes de réduction des risques.</p> <p>Faiblesses de l'étude : L'échantillon par choix raisonné ne démontre pas la généralité. Etude transversale qui est donc effectuée à un moment donné. Seul 8% des interrogés y ont répondu et 9% des questionnaires rendus étaient incomplets. Etude basée sur des auto-témoignages sur l'année écoulée, les chiffres peuvent ne pas être exacts.</p>
--	---	--	---	---	---	--